



Sitz: Kinderhospital Osnabrück
Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück
Tel.: 0541/5602-0 / Fax.: 0541/5829985

1. Vorsitzender: Dr. med. R. Szczepanski

Antrag zur Zertifizierung als AsthmatrainerIN

Mitglied in der AG Asthmaschulung JA NEIN

(bitte komplett ausfüllen)

Frau/Herr/Titel _____

Anschrift _____

Bundesland _____

Tel. _____ Email _____

Berufsbezeichnung _____

Berufserfahrung (gemäß Handbuch Qualitätsmanagement, 2007, Zuckschwerdt Verlag: 2.1.2 „Asthmatrainer und Zertifikat“ sowie 2.1.3 „Qualifikation zum Asthmatrainer“): _____ Jahre (It. beiliegenden Unterlagen in Kopie)

hat an folgenden Bausteinen zur Qualifizierung als Asthmatrainer/in teilgenommen:

1.) Hospitation bei einer anerkannten Schulung (inkl. Asthmasport):

Institut: _____

Ort: _____

Wann/Umfang: _____

Ort/Datum/Unterschrift des Betreuers

2.) Basiskompetenz - Patiententrainer

Institut: _____

Ort: _____

Wann/Umfang: _____

Ort/Datum/Unterschrift des Betreuers

3.) Modul: Asthma

Akademie: _____

Ort: _____

Wann/Umfang: _____

Ort/Datum/Unterschrift des Dozenten

7.) Erfolgreiche Teilnahme an der Supervision:

Akademie: _____

Ort: _____

Wann/Umfang: _____

Ort/Datum/Unterschrift des Supervisors