



# Fragebogen

## Anpassungsqualifizierung Pflegeberufe

(Bitte per E-Mail zurücksenden)

DIALOG-Bildungsinstitut Kassel  
Tel: 0561 710586  
Fax: 0561 710587  
<https://.dialog-kilian.de>  
E-Mail: [verwaltung@dialog-kilian.de](mailto:verwaltung@dialog-kilian.de)

### 1. Persönliche Angaben

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers		
Name			Vorname		
Straße					
PLZ/Ort					
Tel-Nr.					
E-Mail-Adresse					
Geburtsdatum			Geburtsort/-land		
Datum der Einreise nach Deutschland					
Sprachnachweise	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	

### 2. Angaben zum Berufsabschluss

#### 2.1. Welchen Berufsabschluss haben Sie? (Bitte ankreuzen)

Ausbildung  Studium

Titel Berufsabschluss	
Dauer der Ausbildung/ des Studiums Anzahl der Jahre: Von/Bis:	
Land, in dem der Abschluss erworben wurde	

### 3. Angaben zum Anerkennungsverfahren

#### 3.1 Haben Sie den Antrag auf Anerkennung beim Regierungspräsidium Darmstadt gestellt? (Bitte ankreuzen)

Ja  Nein

#### 3.2 Wann wurde der Antrag gestellt?

Datum	
-------	--

#### 3.3 Welcher Antrag wurde gestellt? (Bitte ankreuzen)

- Gesundheits- und Krankenpfleger\*in
- Pflegefachmann/Pflegefachfrau
- Hebamme/Entbindungspfleger\*in
- Gesundheits- und Krankenpflegehelfer\*in
- Altenpfleger\*in
- Altenpflegehelfer\*in

#### 4. Angaben zur Berufserfahrung

Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?	
In welchem Land/welchen Ländern?	

##### 4.1 In welchen Bereichen haben Sie Berufserfahrung?

(Bitte ankreuzen und die Dauer der Berufserfahrung eintragen, z.B. 2 Jahre)

##### 4.1.1 In der stationären Pflege

Bereiche	Dauer der Berufserfahrung
<input type="checkbox"/> Altenpflege	
<input type="checkbox"/> Krankenhaus	
<input type="checkbox"/> Innere Medizin	
<input type="checkbox"/> Neurologie	
<input type="checkbox"/> Chirurgie	
<input type="checkbox"/> Radiologie	
<input type="checkbox"/> Nephrologie	
<input type="checkbox"/> Kardiologie	
<input type="checkbox"/> Intensiv	
<input type="checkbox"/> Geriatrie	
<input type="checkbox"/> Pädiatrie	
<input type="checkbox"/> Gynäkologie	
<input type="checkbox"/> OP	
<input type="checkbox"/> Onkologie	
<input type="checkbox"/> Orthopädie	
<input type="checkbox"/> Sonstige und zwar:	

##### 4.1.2 In der ambulanten Pflege

Bereiche	Dauer der Berufserfahrung
<input type="checkbox"/> Altenpflege	
<input type="checkbox"/> Intensivpflege	
<input type="checkbox"/> Sonstige und zwar:	

#### 4.1.3 In Arztpraxen

Bereiche	Dauer der Berufserfahrung
<input type="checkbox"/> Hausarztpraxis	
<input type="checkbox"/> Zahnarztpraxis	
<input type="checkbox"/> Gynäkologie	
<input type="checkbox"/> Kardiologie	
<input type="checkbox"/> Orthopädie	
<input type="checkbox"/> Kinderarztpraxis	
<input type="checkbox"/> Sonstige und zwar:	

#### 4.1.4 In der Entbindungspflege

Bereiche	Dauer der Berufserfahrung
<input type="checkbox"/> Kreißsaal	
<input type="checkbox"/> Geburtsklinik	
<input type="checkbox"/> Sonstige und zwar:	

### 5. Angaben zur aktuellen beruflichen Situation

#### 5.1 Haben Sie im Moment eine Arbeitsstelle?

Ja  Nein

Wenn ja, wo? (Zutreffendes bitte ankreuzen):

In der Gesundheits- und Krankenpflege

In der Altenpflege

Als Hebamme

Sonstiges und zwar: \_\_\_\_\_

#### 5.2 Wo und wie arbeiten Sie?

Betrieb:	
Arbeitgeber*in:	
<input type="checkbox"/> Vollzeit	Stunden pro Woche:
<input type="checkbox"/> Teilzeit	Stunden pro Woche:
<input type="checkbox"/> Minijob	Stunden pro Woche: