

Personalien:

Frau Herr

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon Privat:

Telefon Geschäft:

Mobile:

E-Mail:

Webseite:

Rechnung an (falls nicht identisch):

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Zahlungsmodus:

jährlich

halbjährlich (Zuschlag Fr. 10.– pro Jahr)

vierteljährlich (Zuschlag Fr. 20.– pro Jahr)

Korrespondenzsprache:

Deutsch

Italienisch/Deutsch

Französisch

Italienisch/Französisch

Adresse darf an Dritte weitergegeben werden?

für kommerzielle Zwecke

Ja Nein

für berufsbezogene Zwecke

Ja Nein

Angaben zur Mitgliedschaft:

Beschäftigungsgrad:

_____ %

Dipl. Pflegefachfrau/-fachmann (Ausbildung):

Diplom: HF

FH / Bachelor

Diplom Niveau II

AKP

IKP

GesKP

PsyKP

KWS

Pflegefachfrau/-fachmann Diplom Niveau I

FA SRK

Studentin

Ausländisches Diplom

SRK anerkannt

laufendes Anerkennungsverfahren

Ausbildung von – bis:

Ausbildungsstätte:

Adresse:

Nachdiplomausbildung:

Anästhesie

Hebamme

HöFa I

HöFa II

IPS

Notfall

OPS

Master (MSc)

PhD

DAS _____

MAS _____

NDS HF _____

HFP _____

Andere _____

Stellung im Beruf:

Tätigkeitsbereich:

angestellt

Spital

Langzeitinstitution

Spitex/ambulant

Psychiatrie

Rehabilitation

Bildungsbereich

OPS

Anästhesie

IPS

Notfall

Forschung

Pflegeentwicklung

Öffentliche Verwaltung

Management

Versicherung

Andere _____

Arbeitgeber: _____

Adresse: _____

- Selbstständig erwerbend** freiberuflich tätig
 ambulant KLV 7 freiberuflich tätig
 Psychiatrie KLV 7
 freiberuflich tätig freiberuflich tätig
 Stillberatung KLV 15 Diabetes KLV 9c anderes
 z.B. Kurstätigkeit

Name des Geschäfts: _____

Geschäftsadresse: _____

Möchten Sie aktiv im Verband mitarbeiten?

 ja nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte unten Ihr Interessengebiet an

- Sektion (Delegierte/r, Vorstand, IG [Interessengruppen], Regionalgruppe)
 SVM Schweizerischer Verband der Mütterberaterinnen
 SIGA Schweiz. Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege
 SVS Schweiz. Vereinigung der Stomatherapeutinnen und Stomatherapeuten
 SVBK Schweiz. Vereinigung der Betriebskrankenschwestern und -pfleger
 SIN Schweizerische Interessengemeinschaft Notfallpflege
 Curacasa – Fachverband Freiberufliche Pflege Schweiz
 Schweizerische Interessengruppe für Operationspflege (SIGOP)
 Schweizerische IG für Diabetesfachberatung (SIDB)
 Schweizerische IG Pflegeinformatik (IGPI)
 IG nephrologische Krankenpflege
 IG Swiss ANP – Advanced Nursing Practice
 Deutschsprachige Interessengruppe der BeraterInnen für Infektionsprävention und Spitalhygiene (dibis)
 Deutschschweizerische IG für Pflegefachfrauen/-männer im Arbeitsfeld Kind-Jugendliche-Familie-Frau (KJFF)

 Kommission (Fachgebiet): _____ andere _____ andere _____

Bemerkungen: _____

Ich wurde auf den SBK
aufmerksam durch:

- Werbung in der Schule Werbung am Arbeitsplatz Beratung
 Fort-/Weiterbildung Veranstaltung Zeitschrift
 Internet SBK Publikation

 Andere: _____ Person/Adresse: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte folgende Kopien beilegen:

- Ausbildung in der Schweiz abgeschlossen: Diplom und/oder Fähigkeitsausweis(e)**
 Ausbildung im Ausland abgeschlossen: Bestätigungsschreiben SRK mit Registriernummer
 Studierende: Bestätigungsschreiben der Ausbildungsstätte oder Kopie des Studentenausweises

Formular bitte einsenden an: SBK-ASI, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
 Sektion SG TG AR AI, Kolumbanstrasse 2, 9008 St. Gallen
 Telefon 071 223 43 66, E-Mail info@sbk-sg.ch, Web www.sbk-sg.ch