

**Personalien:**

Frau  Herr

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_

Natel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Korrespondenzsprache:

deutsch

französisch

**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)

italienisch/deutsch

italienisch/französisch

Adresse darf für kommerzielle Zwecke weitergegeben werden?  Ja  Nein

**Angaben zur Mitgliedschaft:**

Beschäftigungsgrad: \_\_\_\_ %

Erstausbildung: \_\_\_\_\_

Name der Ausbildungsstätte: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Lernende/r:**

Diplom Niveau I

Diplom Niveau II

dipl. Pflegefachfrau/Pflegefachmann

HF

FH

Ausbildungsbeginn: \_\_\_\_\_ Ausbildungsende: \_\_\_\_\_

**abgeschlossene**

dipl. Pflegefachfrau/Pflegefachmann

HF

FH

**Ausbildung:**

Diplom Niveau I

GKP

IKP

Diplom Niveau II

Geriatrie

PsyKP

AKP

KWS

FA SRK

andere: \_\_\_\_\_ Diplomjahr: \_\_\_\_\_

**Nachdiplomausbildung:**

OPS

IPS

Anästhesie

Hebamme

Gesundheitsschwester, Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

HöFa I, Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

HöFa II, Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

Kaderausbildung, Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

Universitätsausbildung: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

**Stellung im Beruf:**

**Pflege**

Pflege ohne Spezialaufgabe

Pflege mit Spezialaufgabe:

(welche?): \_\_\_\_\_

**Führungsfunktion**

Bereichsleiter/in

Leiter/in Pflegedienst

Schuldirektor/in

andere \_\_\_\_\_

**Ausbildungsfunktion**

Unterrichtsassistent/in

Lehrer/in

Ausbildungsverantwortliche/r

andere \_\_\_\_\_

**Freiberuflich tätig**

Fachgebiet

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wichtige Angaben zur besseren Vertretung Ihrer Anliegen:**

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ich wurde auf den SBK aufmerksam durch:

|                                                  |                                        |                                              |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Werbung in der Schule   | <input type="checkbox"/> Beratung      | <input type="checkbox"/> Fortbildungs-Anlass |
| <input type="checkbox"/> Werbung am Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Veranstaltung | <input type="checkbox"/> Weiterbildung       |
| <input type="checkbox"/> Kollegin/Kollege        | <input type="checkbox"/> Zeitschrift   | <input type="checkbox"/> andere: _____       |

Tätigkeitsgebiet:

|                                         |                                                 |                                        |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Spital:</b> | <input type="checkbox"/> Bettenstation Akut     | <input type="checkbox"/> Anästhesie    |
|                                         | <input type="checkbox"/> Bettenstation Langzeit | <input type="checkbox"/> OPS           |
|                                         | <input type="checkbox"/> Schulung               | <input type="checkbox"/> IPS           |
|                                         | <input type="checkbox"/> Rehabilitation         | <input type="checkbox"/> andere: _____ |

 **Alters-/Pflegeheim** **Spitex**

|                                              |                                    |                                                       |
|----------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Psychiatrie:</b> | <input type="checkbox"/> Ambulant  | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst |
|                                              | <input type="checkbox"/> Stationär |                                                       |

|                                               |                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Pflegeschule:</b> | <input type="checkbox"/> Unterricht |
|                                               | <input type="checkbox"/> Lernende/r |

 **andere:** \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse, aktiv im Verband mitzuarbeiten?

 ja  nein

Wenn Sie ja angekreuzt haben, nehmen wir gerne mit Ihnen Kontakt auf.

**Ort/Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_**Bitte folgende Kopien beilegen:****Ausgebildete: Diplom und/oder Fähigkeitsausweis(e)****Ausländer/-innen: Bestätigungsschreiben mit SRK-Stempel und -Registriernummer****Lernende: Bestätigungsschreiben der Schule oder Kopie Schülersausweis****Bearbeitungsangaben:** (bitte frei lassen)

Kategorie: \_\_\_\_\_ Mitglied Nr.: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad: \_\_\_\_\_ m/o Zeitschrift: \_\_\_\_\_

Sektion: \_\_\_\_\_ Drittzahler: \_\_\_\_\_

Fakt. Art: \_\_\_\_\_

Der Vorstand der Sektion hat das Gesuch geprüft und gutgeheissen:

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Für den Vorstand: \_\_\_\_\_

wurde kontaktiert: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_