

Einrichtung / Arbeitgeber:

Einrichtungsstempel / Stempel des Arbeitgebers

Hiermit bescheinigen wir

(Anrede, Vorname, Name)

die notwendige Berufserfahrung von

- ☐ **mindestens 1 Jahr in Vollzeit** als Zugangsvoraussetzung für die Weiterbildung zum **Praxisanleiter** gemäß § 7 der DKG-Empfehlung vom 03.07./04.07.2023.
- ☐ **mindestens 2 Jahre in Vollzeit** als Zugangsvoraussetzung für die Weiterbildung zur **Fachkraft Palliative Care** gemäß DGP-Empfehlung.
- ☐ **mindestens 2 Jahren in Vollzeit** (Teilzeit entsprechend länger) als Zugangsvoraussetzung für die Weiterbildung zur **Leitung einer Station/ eines Bereiches** gemäß § 7 der DKG-Empfehlung vom 01.10.2024.

Der / die Mitarbeitende ist seit

(Datum)

in unserer Einrichtung tätig.

Anmerkungen:

Datum:

Unterschrift:
