

## Zulassungsprüfung

Für die Qualifizierung zur/zum Familienhebamme/Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und -pfleger (BSFH)

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Telefonnummer</b>	

Für die Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen zur Qualifizierung bitten wir Sie folgende Angaben zu machen und die entsprechenden Zeugnisse vorzulegen.  
Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Dokument zeitnah zu.

<b>Kriterium in den Mindestanforderungen</b>	<b>Genauere Bezeichnung</b>	<b>Zeugniskopie liegt vor JA/NEIN</b>
<b>Anerkannter Berufsabschluss</b>		
<b>Berufserfahrung: (mind. 2 Jahre)</b>		
Allgemein	_____ Jahre	
Erfahrung mit Freiberuflichkeit	<i>Art und Umfang</i>	Dauer: _____
Weitere Qualifizierungen	<i>Art und Umfang</i>	Dauer: _____
Hausbesuchserfahrung	<i>Art und Umfang</i>	Dauer: _____

Zielgruppenerfahrung	<i>Art und Umfang</i>	Dauer: _____
Familien über längeren Zeitraum betreut (1-3 Jahre)	<i>Art und Umfang</i>	Dauer: _____

<b>Anbindung an die Frühen Hilfen (BSFH)</b>	
Kontakt zur Netzwerkkoordinatorin / zum Koordinator besteht bereits	<i>Landkreis/ kreisfreie Stadt, Art und Umfang</i>
Vertrag im Rahmen der Bundesstiftung Frühe Hilfen besteht (Honorarvereinbarung oder Arbeitsvertrag)	<i>Art und Umfang</i>
Tätigkeit im Kontext der Bundesstiftung Frühen Hilfen (geplant)	<i>Landkreis/ kreisfreie Stadt, Art und Umfang</i>
Teilnahme an allen Modulen voraussichtlich möglich	<i>Art, Umfang und Erläuterung</i>

Ich versichere, dass die Angaben vollständig und richtig sind.

Datum/ Ort

Unterschrift der Interessentin/ des Interessenten

.....

.....

Vom Bildungsträger auszufüllen:

Zusammenfassung:	Zutreffendes ankreuzen
Erfüllt die Mindestanforderungen der Frühen Hilfen (BSFH)	<input type="checkbox"/>
Erfüllt die Mindestanforderungen der Frühen Hilfen (BSFH) nicht	<input type="checkbox"/>

Sonstige Bemerkungen:

Zulassungsprüfung Qualifizierung

gefördert durch: