

## Fragebogen zur Aus-/Weiterbildung Palliative Praxis

Der ausgefüllte Fragebogen wird vertraulich behandelt. Bitte bestimmen Sie selbst, wie ausführlich Sie einzelne Fragen beantworten wollen.

Bitte senden Sie den Frage und Anmeldebogen an

Hospiz Oase e.V.  
Aus-Weiterbildung, Palliative Praxis  
Reichenbergerstrasse 48, 10999 Berlin

Sie erhalten danach eine Zu-oder Absage für die Weiterbildung

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

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

1. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

\_\_\_\_\_

2. Wo sind Sie geboren?

\_\_\_\_\_

3. Was ist Ihr Familienstand?

\_\_\_\_\_

4. Haben Sie Kinder? Wenn ja, in welchem Alter?

\_\_\_\_\_

5. Welche Schule haben Sie besucht? (Abschluss)

\_\_\_\_\_

6. Haben Sie studiert? (Abschluss)

\_\_\_\_\_

7. Welche Berufsausbildung haben Sie gemacht? (Abschluss)

---

8. Was ist Ihr erlernter Beruf?

---

9. Was ist Ihr gegenwärtig ausgeübter Beruf?

---

10. Haben sie Hobbys? Wenn ja, welche und wie viele (Zeitumfang pro Woche)

---

---

11. Warum möchten Sie an der Aus-/ Weiterbildung teilnehmen?

---

---

12. Haben Sie an anderen Aus-/ Weiterbildungen teilgenommen? Wenn ja, wann und wo?

---

---

13. Was war besonders wichtig für Sie bei der erlebten Trauer, Sterbebegleitung, bei Patienten?

---

---

14. Haben Sie Erfahrungen mit Ältere Patienten / Demenz Erkrankung gemacht? Wenn ja, welche und wann?

---

---

15. Welche Erfahrungen haben Sie in der Begleitung bzw. Begleitung Sterbender, Palliative Begleitung, Demenz Erkrankter bzw. Trauernder gemacht?

---

---

16. Haben Sie Bücher gelesen, die die Themen Verlust, Demenz, Palliative Care, Trauer und Tod behandeln? Wenn ja, welche und wann?

---

---

17. Haben oder hatten Sie eine religiöse oder spirituelle Ausrichtung? Wenn ja, welche, seit wann?

---

---

18. Was ist Ihr wichtigster Lebensinhalt?

---

---

19. Was erwarten Sie von der Weiterbildung Palliative Praxis?  
Welche Themen sind Ihnen wichtig?

---

---

---

20. Leben Ihre Eltern, Partner, Kinder noch? Wenn ja wie alt? Wenn nein warum?

---

---

21. Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen oder bereits eine schwere Erkrankung?

---

---

22. Wie geht es Ihnen heute gesundheitlich? Was ist zu beachten?

---

23. Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, wann, wo, weshalb?

---

---

24. Haben Sie oder Ihr Umfeld bereits Erfahrungen mit Suizid gemacht? Wenn ja, wer, wann und wie?

---

---

25. Was möchten Sie uns noch mitteilen?

---

---

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_