

# Fragebogen für **Medizinalpersonen**

Anlage 7

(Familiename)	(Geburtsname)
(Vorname)	(Staatsangehörigkeit)
(Geburtstag)	(Geburtsort)
(Anschrift)	
(Prüfung abgelegt als)	
(Prüfungszeugnis ausgestellt am) *)	(Ort)
(Staatliche Anerkennung am) *)	(Ort)
(Durch welche Behörde)	
(z.Z. tätig als)	
(bei)	
(sofern freiberuflich tätig bitte Anschrift der Praxis)	

Jetziger Beginn der Tätigkeit im **Kreis Düren** \_\_\_\_\_

(Sollten Sie zu einem späteren Zeitpunkt im **Kreis Düren** tätig werden, bitte ich mir dies schriftlich **mitzuteilen!**)

## **Die Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist für Pflegepersonal freiwillig:**

Nachtdienst                      Ja                                  Nein              
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Haben Sie an Fortbildungslehrgängen teilgenommen?

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Haben Sie Nachprüfungen abgelegt?

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

## **Sonstige Bemerkungen, die mit dem Beruf in Verbindung stehen:**

---

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

**\*) Bitte Nachweis in amtlich beglaubigter Form beifügen.**

Bitte ausgefüllt zurück an:  
Kreisverwaltung Düren  
- Gesundheitsamt -

52348 D ü r e n