

**Personalien:**

Frau  Herr

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

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

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

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

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

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

Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

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

Webseite: \_\_\_\_\_

**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)

Korrespondenzsprache:

- deutsch  italiano/deutsch  français  italiano/français

Adresse darf für kommerzielle Zwecke weitergegeben werden?  Ja  Nein

**Angaben zur Mitgliedschaft:**

**Beschäftigungsgrad:** \_\_\_\_\_ %

**Dipl. Pflegefachfrau/-fachmann (Ausbildung):**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> HF              | <input type="checkbox"/> FH               | <input type="checkbox"/> Studentin / Lernende |
| <input type="checkbox"/> Diplom Niveau I | <input type="checkbox"/> Diplom Niveau II | <input type="checkbox"/> AKP                  |
| <input type="checkbox"/> IKP             | <input type="checkbox"/> GKP              | <input type="checkbox"/> KWS                  |
| <input type="checkbox"/> Geriatrie       | <input type="checkbox"/> PsyKP            | <input type="checkbox"/> FA SRK               |
| <input type="checkbox"/>                 |   |   |

**Ausbildung von – bis:** \_\_\_\_\_

**Ausbildungsstätte:** \_\_\_\_\_

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

**Nachdiplomausbildung:**

- OPS  IPS  Anästhesie  Hebamme  Master
- HöFa I  HöFa II  Prävention  Notfall  PhD
- Kaderausbildung \_\_\_\_\_

**Stellung im Beruf:**

**Tätigkeitsbereich:**

- angestellt**
- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spital      | <input type="checkbox"/> Langzeitinstitution | <input type="checkbox"/> Spitex/ambulant   |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Rehabilitation      | <input type="checkbox"/> Bildungsbereich   |
| <input type="checkbox"/> OPS         | <input type="checkbox"/> Anästhesie          | <input type="checkbox"/> IPS               |
| <input type="checkbox"/> Notfall     | <input type="checkbox"/> Forschung           | <input type="checkbox"/> Pflegeentwicklung |
| <input type="checkbox"/>             |  |  |

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

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

**Freiberuflich tätig**

- Spitex/ambulant  Stillberatung  Psychiatrie
- Diabetesberatung

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

**Geschäftsadresse:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Interesse, aktiv im Verband mitzuarbeiten?**

ja  nein

**Wenn ja, kreuzen Sie bitte unten Ihr Interessengebiet an**

- Sektion (Delegierte/r, Vorstand, IG, Kommission, Regionalgruppe)
- JSBK (Junger SBK)
- SVM Schweizerischer Verband der Mütterberaterinnen
- IGIP Schweiz. Interessengemeinschaft Intensivpflege
- SIGA Schweiz. Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege
- SVS Schweiz. Vereinigung der Stomatherapeutinnen und Stomatherapeuten
- SVBK Schweiz. Vereinigung der Betriebskrankenschwestern und -pfleger
- Schweizerische Interessengruppe für Operationspflege (SIGOP)
- Deutschsprachige Interessengruppe der BeraterInnen für Infektionsprävention und Spitalhygiene (dibis)
- Schweizerische IG für Diabetesfachberatung (SIDB)
- Schweizerische IG Pflegeinformatik (IGPI)
- IG Nephrologische Krankenpflege der deutschen Schweiz
- Schweizerische IG Notfallpflege Schweiz (SIN)
- Deutschsprachige Interessengruppe der freiberuflichen Pflegefachfrauen und -männer (DIGFP)
- Kommission (Fachgebiet): \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ich wurde auf den SBK aufmerksam durch:**

- Werbung in der Schule  Werbung am Arbeitsplatz  Beratung
- Fort-/Weiterbildung  Veranstaltung  Zeitschrift
- Internet  Andere: \_\_\_\_\_
- Person: \_\_\_\_\_

**Ort / Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Bitte folgende Kopien beilegen:**

**Ausbildung in der Schweiz abgeschlossen: Diplom und/oder Fähigkeitsausweis(e)**

**Ausbildung im Ausland abgeschlossen: Bestätigungsschreiben mit SRK-Stempel und -Registriernummer**

**Studierende: Bestätigungsschreiben der Ausbildungsstätte oder Kopie des Studentenausweises**

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

**Formular bitte einsenden an:**

SBK-ASI, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Geschäftsstelle, Choisystrasse 1, Postfach 8124, CH-3001 Bern

Telefon 031 388 36 36, Fax 031 388 36 35