

**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

Italienisch/Deutsch

Französisch

Italienisch/Französisch

Adresse darf an Dritte weitergegeben werden?

für kommerzielle Zwecke

Ja  Nein

für berufsbezogene Zwecke

Ja  Nein

**Angaben zur Mitgliedschaft:**

**Beschäftigungsgrad:**

\_\_\_\_\_ %

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

Diplom:  HF

FH / Bachelor

Diplom Niveau II

AKP

IKP

GesKP

PsyKP

KWS

**Pflegefachfrau/-fachmann Diplom Niveau I**

**FA SRK**

**Studentin**

**Ausländisches Diplom**

SRK anerkannt

laufendes Anerkennungsverfahren

**Ausbildung von – bis:**

**Ausbildungsstätte:**

**Adresse:**

**Nachdiplomausbildung:**

Anästhesie

Hebamme

HöFa I

HöFa II

IPS

Notfall

OPS

Master (MSc)

PhD

DAS \_\_\_\_\_

MAS \_\_\_\_\_

NDS HF \_\_\_\_\_

HFP \_\_\_\_\_

Andere \_\_\_\_\_

**Stellung im Beruf:**

**Tätigkeitsbereich:**

**angestellt**

Spital

Langzeitinstitution

Spitex/ambulant

Psychiatrie

Rehabilitation

Bildungsbereich

OPS

Anästhesie

IPS

Notfall

Forschung

Pflegeentwicklung

Öffentliche Verwaltung

Management

Versicherung

Andere \_\_\_\_\_

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

- Selbstständig erwerbend**
 freiberuflich tätig  
ambulant KLV 7
                 
  freiberuflich tätig  
Psychiatrie KLV 7
- freiberuflich tätig  
Stillberatung KLV 15
                 
  freiberuflich tätig  
Diabetes KLV 9c
                 
  anderes  
z.B. Kurstätigkeit

**Name des Geschäfts:** \_\_\_\_\_**Geschäftsadresse:** \_\_\_\_\_**Möchten Sie aktiv im Verband mitarbeiten?** ja     nein**Wenn ja, kreuzen Sie bitte unten Ihr Interessengebiet an**

- Sektion (Delegierte/r, Vorstand, IG [Interessengruppen], Regionalgruppe)  
 SVM Schweizerischer Verband der Mütterberaterinnen  
 SIGA Schweiz. Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege  
 SVS Schweiz. Vereinigung der Stomatherapeutinnen und Stomatherapeuten  
 SVBK Schweiz. Vereinigung der Betriebskrankenschwestern und -pfleger  
 SIN Schweizerische Interessengemeinschaft Notfallpflege  
 Curacasa – Fachverband Freiberufliche Pflege Schweiz  
 Schweizerische Interessengruppe für Operationspflege (SIGOP)  
 Schweizerische IG für Diabetesfachberatung (SIDB)  
 Schweizerische IG Pflegeinformatik (IGPI)  
 IG nephrologische Krankenpflege  
 IG Swiss ANP – Advanced Nursing Practice  
 Deutschsprachige Interessengruppe der BeraterInnen für Infektionsprävention und Spitalhygiene (dibis)  
 Deutschschweizerische IG für Pflegefachfrauen/-männer im Arbeitsfeld Kind-Jugendliche-Familie-Frau (KJFF)

 Kommission (Fachgebiet): \_\_\_\_\_ andere \_\_\_\_\_ andere \_\_\_\_\_**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_**Ich wurde auf den SBK aufmerksam durch:**

- Werbung in der Schule     Werbung am Arbeitsplatz     Beratung  
 Fort-/Weiterbildung     Veranstaltung     Zeitschrift  
 Internet     SBK Publikation

 Andere: \_\_\_\_\_ Person/Adresse: \_\_\_\_\_**Ort / Datum:** \_\_\_\_\_**Unterschrift:** \_\_\_\_\_**Bitte folgende Kopien beilegen:**

- Ausbildung in der Schweiz abgeschlossen: Diplom und/oder Fähigkeitsausweis(e)**  
 **Ausbildung im Ausland abgeschlossen: Bestätigungsschreiben SRK mit Registriernummer**  
 **Studierende: Bestätigungsschreiben der Ausbildungsstätte oder Kopie des Studentenausweises**

**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. info@sbk-asi.ch, www.sbk-asi.ch