

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

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Selbstständig erwerbend</b>              | <input type="checkbox"/> freiberuflich tätig<br>ambulant KLV 7  | <input type="checkbox"/> freiberuflich tätig<br>Psychiatrie KLV 7 |
| <input type="checkbox"/> freiberuflich tätig<br>Stillberatung KLV 15 | <input type="checkbox"/> freiberuflich tätig<br>Diabetes KLV 9c | <input type="checkbox"/> anderes<br>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:**

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Werbung in der Schule | <input type="checkbox"/> Werbung am Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Beratung    |
| <input type="checkbox"/> Fort-/Weiterbildung   | <input type="checkbox"/> Veranstaltung           | <input type="checkbox"/> Zeitschrift |
| <input type="checkbox"/> Internet              | <input type="checkbox"/> 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