

## Anmeldung Behandlungspflege 2025

1. Wahl, Kurs-Nr.

2. Wahl, Kurs-Nr.

### Personalien

Name, Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Tel. privat / Mobile

E-Mail (für Korrespondenz)

Geburtsdatum

### Arbeitgeber:in

Name der Institution

Art der Institution

Adresse

PLZ, Ort

Telefon (Teilnehmer:in direkt)

E-Mail (Teilnehmer:in direkt)

### Grundausbildung

Zeitraum	Fähigkeitsausweis als ... <small>(bei FaBe Angabe Fachrichtung: Menschen im Alter/Menschen mit Beeinträchtigung)</small>	Ausbildungsstätte

### Berufliche Tätigkeiten nach der Grundausbildung

Zeitraum	Berufliche Funktion / Pensum %	Arbeitgeber:in

## Weiterbildung

Zeitraum	Weiterbildung / Lehrgang	Veranstalter:in

Der Kursbesuch wird innerhalb meiner Arbeitszeit gewährleistet  ja  teilweise  nein

## Finanzierung des Kurses

Rechnung  Institution  privat  
Mitgliedschaft der Institution bei ARTISET  ja  nein

## Subventionen/kantonale Zusatzpauschale

Absolvierende von Kursen, die auf eine eidgenössische Prüfung vorbereiten, erhalten vom Bund eine finanzielle Unterstützung. Über das Mittel der subjektorientierten Finanzierung werden 50 Prozent der Kursgebühren zurückerstattet. In Spezialfällen erteilt der Kanton Bern einen Zusatzbeitrag in Ergänzung zum Bundesbeitrag. Diese Regelung gilt für Angebote von vorbereitenden Kursen zu eidgenössischen Abschlüssen von erhöhtem öffentlichem Interesse im Bereich Gesundheit. Wichtige Voraussetzung: Die Rechnung muss vom/von der Teilnehmenden bezahlt und auf sie/ihn ausgestellt sein. Bitte bedenken Sie das beim Ankreuzen des Rechnungsempfängers.

### Weitere Informationen:

<https://www.sbf.admin.ch/sbf/de/home/bildung/hbb/finanzierung.html> (Bundessubventionen)

<https://www.odasante.ch/pruefungen/aktuell/kanton-bern-zusatzpauschale-in-ergaenzung-zum-bundesbeitrag/> (Kantonale Zusatzpauschale)

## Bestätigung Arbeitgeber:in

Hiermit bestätigen wir, dass wir (Vorname / Name Teilnehmer:in) \_\_\_\_\_ während des Kurses beim praktischen Üben am Arbeitsplatz unterstützen und unseren Beitrag zu einem optimalen Lernerfolg leisten.

Wir sorgen dafür, dass unser:e Mitarbeiter:in die nötigen Kompetenzen und Ressourcen im Zusammenhang mit den zu leistenden Kompetenznachweisen erhält.

Unterschrift Vorgesetzte:r \_\_\_\_\_

# ARTISET Bildung

Ich habe das Detailprogramm gelesen und bin mit den Rahmenbedingungen einverstanden.  
Meine Anmeldung ist verbindlich.

**Beilage**

**Diplom oder Berufsabschluss oder Anerkennung Diplom (Kopie)**

Ort, Datum

Unterschrift

---

---

**Bitte senden Sie die Anmeldung an:**

ARTISET Bildung, Weiterbildung, Könizstrasse 74, 3008 Bern  
oder an [wb.betagte@artisetbildung.ch](mailto:wb.betagte@artisetbildung.ch)