

Seminarbeschreibung für geeignete Fortbildungen im Rahmen der HebBO NRW
– wiederholt stattfindende Fortbildungsveranstaltungen mit gleichem Inhalt –

Veranstalter	Name		
	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)		
	Telefon		
	E-Mail		
Ansprechpartner	Name		
	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)		
	Telefon		
	E-Mail		
Veranstaltungsort	Straße		
	Postleitzahl		
	Ort		
Datum der Erstveranstaltung			Fortbildungsstundenzahl je Veranstaltung (à 45 Minuten)
voraussichtliche Terminierung künftiger Veranstaltungen			

Thema der Fortbildung	
Inhalte (insbesondere Bezug zur Hebammentätig- keit darstellen)	
Ziele	
Zielgruppe	
Max. Teilnehmerzahl	

Referentin/ Referent	Name	
	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	
	Telefon	
	E-Mail	
Qualifikation der/des Referen- tin/Referenten		

Lehr-/Lern- methoden	<input type="checkbox"/> Vortrag und Diskussion	<input type="checkbox"/> Seminar	<input type="checkbox"/> Workshop
	<input type="checkbox"/> Praktische Übung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Skript/Handout	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Lernerfolgs- kontrolle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstiges			

Stempel

Datum

Unterschrift

<input type="checkbox"/> Als Fortbildung im Rahmen der HebBO NRW anerkannt mit	Stunden à 45 Minuten
<input type="checkbox"/> Als Fortbildung im Rahmen der HebBO NRW anerkannt mit	Notfallstunden à 45 Minuten
<input type="checkbox"/> Nicht als Fortbildung im Rahmen der HebBO NRW anerkannt, weil	
_____	_____
Datum	Unterschrift des Gesundheitsamtes / Untere Gesundheitsbehörde

Hinweis:

Für die Prüfung der Eignung von Fortbildungsveranstaltungen ist nach Tarifstelle 10.3.7 der Allgemein Verwaltungsgebührenordnung des Landes Nordrhein-Westfalen eine Gebühr in Höhe von 25 € festzusetzen.