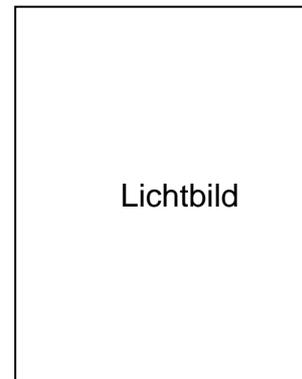


Stiftung Coloplast  
Postfach 70 03 40  
22003 Hamburg



## ANTRAGSFORMULAR

Beantragung eines Stipendiums  
zur Fort- und Weiterbildung für Pflegende  
und Angehörige anderer (nicht-ärztlicher) therapeutischer Berufe  
(Bitte Eintragungen in Druckbuchstaben, mit schwarz schreibendem Stift vornehmen)

### I. Angaben zur Person

1. Name/Vorname:.....

2. Anschrift:.....

3. Telefon/Fax:.....

4. E-Mail:.....

5. Geb.-Datum:..... Geburtsort:.....

## II. Angaben zur beantragten Förderung

### 1. Art der beantragten Förderung:

- Ausbildungsstipendium (§ 2 Abs. 1 der Stipendienordnung)
- Fortbildungsstipendium (§ 2 Abs. 2 der Stipendienordnung)

### 2. Bisheriger Ausbildungs- und Berufsweg:

- Mit welchem Abschluss haben Sie die Schule verlassen?

.....

- Wie war Ihr weiterer Ausbildungsweg?

.....

.....

- Ggf.: Mit welcher Berufsqualifikation haben Sie Ihren Ausbildungsweg abgeschlossen?

..... (bitte Abschlusszeugnis beifügen)

- Haben Sie weitere Fachausbildungen?

.....

.....(ggf. bitte Zeugnis, Zertifikate o.ä. beifügen).

- Haben Sie eine Prüfung in einem Krankenpflegeberuf abgelegt?

ja       nein

wann ..... in .....

Examensnote ..... (bitte Zeugnis beifügen)

- Welche praktischen Tätigkeiten haben Sie nach dem Ende Ihrer Ausbildung ausgeübt?

..... (seit) .....

..... (seit) .....

- Wo sind Sie aktuell tätig? ..... ( ggf. Abteilung)

.....

- Wo liegen die Schwerpunkte Ihrer derzeitigen Tätigkeit? .....

.....

3. Für den Fall, dass Sie ein Fortbildungsstipendium beantragen:

- Welche Fähigkeiten haben Sie auf dem Gebiet Stoma-, Inkontinenz- oder Wundversorgung bereits erworben?

.....

.....

.....

- Welche besonderen Erfahrungen und/oder Ergebnisse konnten Sie auf diesen Gebieten in der Vergangenheit sammeln bzw. erzielen?

Haben Sie z.B. an einer Publikation aus dem Themenbereich Stoma-, Inkontinenz- oder Wundversorgung mitgewirkt?

.....

.....

.....

- Bitte schildern Sie, inwieweit Sie sich von dem Stipendium eine nachhaltige Förderung Ihrer bisherigen praktischen Erfahrung auf den Gebieten Stoma, Inkontinenz- oder Wundversorgung versprechen.

.....

.....

.....

4. Beabsichtigte Aus- oder Fortbildung:

- a) Welcher Ausbildungs- oder Fortbildungsmaßnahme soll das Stipendium dienen?

.....

.....

- b) An welcher Institution?.....

.....

.....

(Bitte ggf. Einladungsschreiben, Aufnahmebestätigung sowie Lehrgangsprogramm beifügen)

- c) Beginn und Ende der beabsichtigten Aus- bzw. Fortbildungsmaßnahme

vom:.....bis:.....

- d) Berufspläne nach der Aus- oder Fortbildung

.....

.....

### III. Angaben zu dem beantragten Stipendium

1. Welche Kosten entstehen durch die geplante Aus- oder Fortbildung?

(Detaillierte Angaben unbedingt erforderlich, evtl. als Anlage!)

- Kosten der Maßnahme, z.B. Lehrgangsgebühr: € .....
- Lernmittel: € .....
- Gesamt: € .....
- Sonstige Kosten: € .....

2. Höhe des erbetenen Stipendiums von der Stiftung Coloplast

Gesamtförderung in €: .....

3. Bekommen Sie oder haben Sie ein Stipendium oder eine Beihilfe von einer anderen Organisation beantragt?

- ja             nein

Wenn ja, von wem?.....

In welcher Höhe?.....€ .....(insgesamt).....

4. Bitte legen Sie Ihrem Antrag eine Bestätigung Ihres Arbeitgebers (falls Klinik: PDL, leitende Schwester/Pfleger, Chefarzt) bei, dass Ihre Bewerbung um ein Stipendium der Stiftung Coloplast befürwortet wird. **Voraussetzung** für den Antrag ist, dass Sie mind. 6 Monate bei ihrem Arbeitgeber beschäftigt sind.

Das ausgefüllte Antragsformular sowie die o. g. Unterlagen und einen Lebenslauf senden Sie bitte an das Sekretariat der Stiftung Coloplast, zu Händen von Frau Judith Mußfeldt:

Stiftung Coloplast  
Postfach 70 03 40  
22003 Hamburg  
E-Mail: dejmu@coloplast.com

## Erklärung des Bewerbers um ein Aus- oder Fortbildungsstipendium

Sollte mir die Stiftung Coloplast ein Stipendium gewähren,

- verpflichte ich mich zur Einhaltung der Bestimmungen der Stipendien- und Zuschussordnung der Stiftung Coloplast, insbesondere dazu, nach Abschluss der Aus- bzw. Fortbildungsmaßnahme schriftlich über die geförderten Tätigkeiten und die aus der Förderung gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen sowie die darauf beruhenden Perspektiven für meine künftige Tätigkeit zu berichten und der Stiftung Coloplast eine Bestätigung über den erfolgten Abschluss der Aus- oder Fortbildungsmaßnahme vorzulegen. Ich erkläre mein Einverständnis mit einer Rückforderung eines mir gewährten Stipendiums für den Fall, dass wesentliche mit diesem Antrag gemachte Angaben unzutreffend sind und/oder dass ich die Bestimmungen der Stipendien- und Zuschussordnung nicht einhalte, insbesondere die mit dem Stipendium geförderte Aus- oder Fortbildungsmaßnahme nicht antrete oder nicht zu Ende führe. Mit einer Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die Zwecke der Entscheidung über meinen Stipendienantrag bin ich einverstanden.
- bitte ich um Überweisung des Stipendienbetrages auf mein folgendes Konto:

Bankinstitut:.....

Konto-Nummer:..... BLZ:.....

Verwendungszweck:.....

.....

(Datum) (Unterschrift)