


Wundexpert:in mit Option auf DEKRA-Zertifizierung

 20.03.2023 - 06.04.2023

 84 UE

 1.228,00 Euro (umsatzsteuerbefreit)

 Dresden Strehlen

Ansprechpartner

Anne Mareck
Tel: 0351 8966404-0
Fax: 0351 896640-49
E-Mail: dresden@wbs-schulen.de

Anschrift

WBS TRAINING SCHULEN gGmbH
Dresden Strehlen
Lockwitzer Str. 23
01219 Dresden

[Jetzt buchen](#)

Teilnahmevoraussetzung

Teilnahmevoraussetzung ist eine abgeschlossene Berufsausbildung als Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (nach dem PflBRefG), Gesundheits- und Krankenpfleger:in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in, Altenpfleger:in

Inhalte

Themen, die Sie erwarten:

- ✓ Grundlagen
- ✓ Anatomie und Physiologie der Haut
- ✓ Wunde und Wundheilung
- ✓ Krankheitsbilder
- ✓ Dekubitus und Prophylaxe
- ✓ Diabetisches Fußsyndrom und Prophylaxe
- ✓ Lokalthherapie: Behandlungsprozess
- ✓ Wundheilungsprozess
- ✓ Adjuvante Maßnahmen
- ✓ Wunddokumentation

Abschlussprüfung:

Die Weiterbildung schließt mit einer Projektarbeit ab.

Abschluss:

Nach erfolgreicher Teilnahme erhalten Sie das WBS-Zertifikat. Die externe Zertifizierung wird Ihnen von der zuständigen Stelle erteilt. Dazu müssen die Teilnehmer bei der zuständigen DEKRA-Zertifizierungsstelle einen Prüfungstermin beantragen oder nutzt die Abnahme der Prüfung durch die DEKRA direkt im Anschluss an den Kurs an der Fortbildungseinrichtung.

Die externe Prüfung bei der DEKRA wird gesondert in Rechnung gestellt.

Preisinformation

zzgl. 180,00 EUR Anmelde- und Prüfungsgebühr

Weitere Seminare zu diesem Thema

<https://www.wbs-schulen.de/weiterbildungen/>

ANMELDEFORMULAR FÜR FORT- UND WEITERBILDUNGEN

✓ Ja, ich möchte mich anmelden!

Titel der Weiterbildung* _____

Termin* _____

Preis* _____

Anmelde- und _____
Prüfungsgebühren*

Präsenzveranstaltung Ort: _____

Online-Weiterbildung von zu Hause aus
 vom Standort aus
 Sonstiges: _____

Selbstlernmodul _____

✓ Teilnehmerdaten:

Vor- und Nachname*

Geburtsdatum*

Straße*

PLZ/Ort*

E-Mail*

Telefon*

✓ Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

WBS Homepage Social Media (z. B. XING, Facebook)

Google-Suche KURSNET Empfehlung

Kostenträger _____
(z. B. Arbeitgeber, Arbeitsagentur etc.)

Sonstiges _____

✓ Finanzierung

Selbstzahler → Raten ja nein

Arbeitgeber → Raten ja nein

Förderung über QCG/Bildungsgutschein

Andere Förderung
Welche? _____

✓ Allgemeine Geschäftsbedingungen:

Die AGB stellen in Verbindung mit der verbindlichen Anmeldung den Fortbildungsvertrag mit der WBS TRAINING SCHULEN gGmbH dar. Ich habe die ABB (S. 1 - 5) gelesen und erkläre mich mit meiner Unterschrift mit den AGB einverstanden. Der Auftraggeber ist verpflichtet, den festgelegten Preis inkl. Anmelde- und Prüfungsgebühr unaufgefordert an die WBS TRAINING SCHULEN gGmbH zu entrichten. Sollten die Kosten durch Dritte übernommen werden, ist eine Kostenübernahmeerklärung schriftlich vorzulegen. Die Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten und die Prüfungsordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Wenn Sie sich zu einer Veranstaltung der WBS TRAINING AG oder der WBS TRAINING SCHULEN gGmbH anmelden, nutzt die Gesellschaft, die Ihr Vertragspartner geworden ist, Ihre E-Mail-Adresse für Werbung für eigene, ähnliche Veranstaltungen. Sie können hiergegen jederzeit Widerspruch einlegen, z. B. per E-Mail an info@wbs-schulen.de. Details entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung auf unserer Webseite wbs-schulen.de/datenschutz.

Datum / Unterschrift Teilnehmer/-in

✓ Anmeldung bitte an:

WBS TRAINING SCHULEN gGmbH

 _____

 _____

 _____

* Pflichtfelder

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG FORT-/WEITERBILDUNGSKOSTEN

WBS TRAINING SCHULEN gGmbH
Team Fort- und Weiterbildung

- Die AGB (Seiten 1 bis 5) wurden gelesen, insbesondere auch die Klauseln Gebühren/Kosten und Abtretungserklärung. Mit den AGB sind wir einverstanden und erkennen diese mit Unterschrift an.
- Ein Dritter/Kostenträger übernimmt die Fort-/Weiterbildungskosten für

Vorname, Nachname

Kurstitel

vom

bis

Möchten Sie in Raten zahlen?

- nein ja, monatlich ja, in 3 Raten ja, in 5 Raten

Bitte senden Sie die Rechnung an folgende Adresse:

Firma

Ansprechpartner/-in

Straße

PLZ, Ort

Tel.

E-Mail

Datum

Unterschrift Kostenträger