



---

# Qualitätsmanagementbeauftragter für Gesundheit und Soziales - Auffrischkurs (m/w/d)

---

 16.03.2021 - 23.03.2021  
12.10.2021 - 19.10.2021

 2 Tage

 249,00 Euro (umsatzsteuerbefreit)

 Internetbasiertes Live-Seminar

## Ansprechpartner

Ayliz Erginos

Tel: 030 2218461-64

Fax: 030 9210093-42

E-Mail: [weiterbildungen@wbs-schulen.de](mailto:weiterbildungen@wbs-schulen.de)

**JETZT BUCHEN**

---

## Kursinhalte

Der nachfolgende Refresherkurs dient als Auffrischung der bestehenden Kenntnisse und richtet sich an alle Personen, die bereits an einer Weiterbildung zum Qualitätsbeauftragten teilgenommen haben und/oder seit mehreren Jahren in der Praxis tätig sind.

## Lernziele

Neben einer interaktiven Erarbeitung der Inhalte und somit einer Wiederholung und Vertiefung der bisherigen Kenntnisse werden aktuelle Neuerungen der relevanten Gesetze und Regularien präsentiert.

## Zielgruppe

Qualitätsbeauftragte/r

## Teilnahmevoraussetzung

Nachweis als Qualitätsbeauftragte/r

## Inhalte

### Themen, die Sie erwarten:

- ✓ Auffrischung der bestehenden Kenntnisse
- ✓ Neuerungen in Politik, Recht und Gesundheitswesen
- ✓ Kollegialer Austausch
- ✓ Praktische Übungen anhand von Beispielen aus der Praxis

**Punkte RbP:** 10

## 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](mailto:info@wbs-schulen.de). Details entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung auf unserer Webseite [wbs-schulen.de/datenschutz](http://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