

# Lebenslauf

Bitte füllen Sie alle Felder vollständig aus.

## Persönliche Daten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### Gewünschter Fernlehrgang:

(Bitte ankreuzen)

- Abrechnungsmanager\*in Arztpraxis
- Abrechnungsmanager\*in Zahnarztpraxis
- Praxismanager\*in Arztpraxis
- Praxismanager\*in Zahnarztpraxis
- Qualitätsmanagementbeauftragte\*r Arzt-/Zahnarztpraxis
- Wiedereinstieg/Quereinstieg Arztpraxis

## Praxisadresse

– Die Lieferung erfolgt an diese Praxisadresse –

\_\_\_\_\_  
Name der Praxis

\_\_\_\_\_  
Praxisinhaber

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer der Praxis

\_\_\_\_\_  
Persönliche E-Mail-Adresse des Praxisinhabers

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung der Praxis

*Die persönliche E-Mail-Adresse des Praxisinhabers dient ausschließlich der Kontaktaufnahme im Rahmen dieser Weiterbildung und wird nicht für Werbezwecke verwendet.*

Startdatum: \_\_\_\_\_

## Technische Voraussetzungen

Für die Teilnahme sind die technischen Voraussetzungen wie folgt:

Ein internetfähiges Arbeitsgerät wie PC, Laptop oder Tablet mit aktuellem Betriebssystem und aktuellem Browser (z. B. Microsoft Edge, Google Chrome, Safari, Firefox etc.)

Zur Bearbeitung der Übungsaufgaben benötigen Sie einen aktuellen Adobe Acrobat Reader. Diesen können Sie kostenfrei herunterladen.

Internetverbindung mit einer Mindest-Uploadrate von 0,5 MB und eine Mindest-Downloadrate von 1,0 MB (entspricht in etwa einer 16.000er DSL-Leitung)

Mit dem Einreichen des Lebenslaufs und des Bildungsgutscheins bestätigen Sie, diese technischen Voraussetzungen zu erfüllen.

- Ich bestätige, dass ich die technischen Voraussetzungen kenne, verstehe und umsetzen werde.

## Schulbildung

\_\_\_\_\_  
Schulart

\_\_\_\_\_  
Abschluss

\_\_\_\_\_  
Datum

## Ausbildung

\_\_\_\_\_  
Berufsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Abschluss

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

### Berufliche Erfahrung/bisherige Tätigkeiten *(bitte mit Jahresangabe)*


### Derzeitige Tätigkeiten

### Persönliche Ziele

Bitte beschreiben Sie in wenigen Sätzen, mit welcher Motivation Sie am Fernlehrgang teilnehmen möchten.

Bitte formulieren Sie Ihre persönlichen Lernziele, die über das Erreichen des Zertifikats positiv auf Ihr Leben wirken sollen (z.B. ich möchte mehr Sicherheit in der Tätigkeit xy erlangen).

- Die Vorabinformationen und den Audio Podcast mit wichtigen Informationen zum Fernlehrgang und den vertraglichen Rahmenbedingungen habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Im Falle von Fragen wende ich mich an das Team Lernbegleitung am PKV Institut lernen@pkv-institut.de.
- Ich bin mir dessen bewusst, dass ich mich zur erfolgreichen Beendigung des Fernlehrgangs an die vorausgesetzte Lernzeit von 6 Stunden pro Wochen halten muss.
- Mit der Verarbeitung meiner persönlichen Daten zum Zwecke der Weiterbildung bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift zukünftige\*r Teilnehmer\*in