***Wird von der Hochschule ausgefüllt:***

Eingang:

Adressatengruppe:

DB:

Eingangsbestätigung:

# Lichtbild

#### An die

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

#### Weiterbildendes Fernstudium

Angewandte Gesundheitswissenschaften

Postfach 10 01 31

33501 Bielefeld

**Bewerbung auf einen Studienplatz im Weiterbildenden Fernstudium   
*Angewandte Gesundheitswissenschaften***

Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben aus und reichen es bis zum Ende der

Bewerbungsfrist mit den entsprechenden Nachweisen ein.

|  |
| --- |
| ***1. Angaben zu Ihrer Person*** |
| **Name:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Vorname(n):** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Geburtsname:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Geburtsdatum:** |\_\_|\_\_| . |\_\_|\_\_| . |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Geburtsort:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Geschlecht:**  **weiblich**  **männlich**  **Staatsangehörigkeit:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Straße/Hausnr.:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Adresszusatz:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **PLZ:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Ort:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Telefon privat:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Telefon berufl.:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Mobil:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Email:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***2. Angaben zu Ihrer Berufsausbildung und Berufstätigkeit*** |
| **Welchen Schulabschluss haben Sie?**  **|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**  **Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?**  ja  nein  Wenn ja, welche:  **|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**  **Haben Sie ein abgeschlossenes Studium?**  ja  nein  Wenn ja, welches:  **|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**  **Sind Sie zurzeit berufstätig?**  ja  nein weiter mit Punkt *3. Qualifizierungsinteressen* (nächste Seite)    **Wenn ja:**   * **Wieviele Jahre sind Sie seit Abschluss Ihrer Berufs- bzw. Hochschulausbildung berufstätig?** |\_\_|\_\_| Jahre * **Derzeitige Position bzw. konkrete Tätigkeitsbeschreibung:**   **|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**  **|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**   * **Einrichtung:**   **|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**  **|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**   * **Seit wann? |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|** (Jahr) * **Wie viele Stunden pro Woche? |\_\_|\_\_|**   in Vollzeit  in Teilzeit |
| ***3. Qualifizierungsinteressen*** |
| **Mit welchem Ziel möchten Sie sich weiterqualifizieren?**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Welche Inhalte des Fernstudiums interessieren Sie am stärksten?**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Welchen Studienschwerpunkt würden Sie gerne wählen?**  Gesundheits- und Personalmanagement  Case Management  Gesundheits- und Präventionsberatung  Pflegeberatung nach §7a SGB XI  Digital Health Management |
| ***4. Sonstiges*** |
| **Haben Sie schon einmal an einem Fernstudium teilgenommen?**  ja  nein  Wenn ja, an welchem? |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Wenn ja, haben Sie es auch abgeschlossen?  ja  nein  **Falls vorhanden, geben Sie bitte Ihre Matrikel-Nr. der Universität Bielefeld an: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Haben Sie sich schon einmal auf einen Studienplatz im Fernstudium**  **„Angewandte Gesundheitswissenschaften“ beworben?**  ja  nein  Wenn ja, in welchem Jahr? |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Wenn ja, welcher Studienschwerpunkt?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Wie haben Sie vom Fernstudium „Angewandte Gesundheitswissenschaften“ erfahren?**  Eigene Internetrecherche  Homepage Uni Bielefeld  Artikel/ Anzeige  Hinweis in einer Fachzeitschrift  Empfehlung von Absolventen des Fernstudiums  Empfehlung durch Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Liegt Ihrer Bewerbung ein Bildungsscheck o.Ä. bei bzw. folgt ein Bildungsscheck o.Ä.?**  ja  nein  **Bitte beachten**: **Die Beratung und Ausgabe des Bildungsschecks o.Ä. (Datum!) muss vor   Beginn des Fernstudiums erfolgen!** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort, Datum** | **Unterschrift** |

**Folgende Anlagen sind beizufügen:**

Zeugnis der abgeschlossenen Berufsausbildung bzw. eines berufsqualifizierenden  
Abschlusses **in amtlich beglaubigter Fotokopie**

**und / oder**

Zeugnis einer abgeschlossenen Hochschulausbildung **in amtlich   
beglaubigter Fotokopie**

Kurzdarstellung des beruflichen Werdegangs (Lebenslauf) **mit den entsprechenden   
Nachweisen** einer mehrjährigen Berufserfahrung (z.B. Zeugnisse)

ggf. Bildungsscheck, Prämiengutschein, Qualifizierungsscheck o.Ä.

Bitte geben Sie an, wenn Ihr Arbeitgeber die Kosten übernimmt (mit Anschrift)  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonstiges: