***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: