

## Schulungsantrag (intern)

### Antragsteller:

Name:

Vorname:

Bereich/Klinik:

Abteilung/Station:

Tel. (dienstl) :

Mobil (dienstl) :

E-Mail:

### Beschreibung Ausgangslage/Begründung:

Warum wird die Schulung/Veranstaltung benötigt?

### Beschreibung der gewünschten Schulung:

Welche Inhalte wünschen Sie sich? Welche Kenntnisse/ Fertigkeiten/ Kompetenzen sollen in der Schulung vermittelt werden?

### Rahmenbedingungen:

Möchten Sie für die Durchführung der Schulung einen bestimmten Dozenten vorschlagen?

ja  nein

Falls ja, bitte zusätzliche Angaben machen.

Zielgruppe:

Anzahl der zu schulenden Personen:

Gewünschter Startzeitpunkt:

Jahr:

Ist die Schulung Teil eines Projektes? (Bitte Projektauftrag anhängen)

ja  nein

Stehen finanzielle Mittel aus dem Bereich zur Verfügung?

Sonstige

Finanzierung über das Budget des Bildungszentrums gewünscht“

ja  nein

### Beschreibung der Schulungsziele

### Weitere Ziele

Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 0 (gar nicht relevant) bis 5 (sehr relevant) ein, wie stark das jeweilige Ziel mit der Maßnahme verfolgt wird.

Steigerung der Qualität	
Erfüllung gesetzlicher Auflagen	
Erweiterung des Leistungsspektrums	
Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit	
Steigerung der Kundenzufriedenheit	
Transparenz/Information	
Wettbewerbsvorteile UKB	
Kostensenkung	
Erlössteigerung	
Steigerung der Effizienz	

**Haben Sie zusätzliches Informationsmaterial?** Bitte an die Mail anhängen

ja     nein

**Bereichsleitung:**

**Kostenstelle:**

**Datum/Unterschrift des Antragstellers:**

**Datum/Unterschrift der Geschäftsbereichsleitung / Bereichsleitung:**