

palliative-care gespräche ruhr am 4. November 2026

Bitte füllen Sie das PDF im kostenlosen [Adobe Acrobat Reader](#) oder direkt in Ihrem Browser (z.B. Firefox) aus, unterschreiben es und speichern es unter Ihrem und dem Namen Ihrer Organisation (*Mustermann_Musterklinik_pcgr-Anmeldung.pdf*).

Mailen Sie es dann bitte an netzwerkkoordination@palliativnetz-bochum.de.

Tipps zum Ausfüllen und Unterschreiben von PDF-Dokumenten im Adobe Acrobat Reader: [PDFs ausfüllen](#) und [PDFs signieren](#) (zum Einfügen eines Bilds – z.B. JPG einer gescannten Signatur und/oder eines Stempels – siehe Punkt 6)

Gruppenanmeldung – Seite 1

Für Netzpartner kostenlos, für andere 20 €/Person, ab fünf Personen 10 €/Person.

Weitere Informationen, auch zu den Workshops, finden Sie auf Seite 5 dieses Formulars.

Zu den palliative-care gesprächen ruhr am 4. November 2026 ab 15 Uhr melden wir hiermit folgende Teilnehmer*innen verbindlich an:

Teilnehmer*in 1

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

E-Mail*:

Organisation:

Profession:

Ärztin/Arzt

Pfleger*in

Ehrenamtler*in

Sonstiges

Workshop Slot 1 (16.30–18.00 Uhr)**:

Workshop Slot 2 (18.30–19.30 Uhr)**:

Teilnehmer*in 2

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

E-Mail*:

Organisation:

Profession:

Ärztin/Arzt

Pfleger*in

Ehrenamtler*in

Sonstiges

Workshop Slot 1 (16.30–18.00 Uhr)**:

Workshop Slot 2 (18.30–19.30 Uhr)**:

Gruppenanmeldung palliative-care gespräche ruhr – Seite 2

Teilnehmer*in 3

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail*: _____

Organisation: _____

Profession:

Ärztin/Arzt	Pfleger*in	Ehrenamtler*in	Sonstiges
-------------	------------	----------------	-----------

Workshop Slot 1 (16.30–18.00 Uhr)**: _____ Workshop Slot 2 (18.30–19.30 Uhr)**: _____

Teilnehmer*in 4

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail*: _____

Organisation: _____

Profession:

Ärztin/Arzt	Pfleger*in	Ehrenamtler*in	Sonstiges
-------------	------------	----------------	-----------

Workshop Slot 1 (16.30–18.00 Uhr)**: _____ Workshop Slot 2 (18.30–19.30 Uhr)**: _____

Teilnehmer*in 5

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail*: _____

Organisation: _____

Profession:

Ärztin/Arzt	Pfleger*in	Ehrenamtler*in	Sonstiges
-------------	------------	----------------	-----------

Workshop Slot 1 (16.30–18.00 Uhr)**: _____ Workshop Slot 2 (18.30–19.30 Uhr)**: _____

Gruppenanmeldung palliative-care gespräche ruhr – Seite 3

Teilnehmer*in 6

Name:	Vorname:		
Geburtsdatum:	E-Mail*:		
Organisation:			
Profession:			
Ärztin/Arzt	Pfleger*in	Ehrenamtler*in	Sonstiges
Workshop Slot 1 (16.30–18.00 Uhr)**:	Workshop Slot 2 (18.30–19.30 Uhr)**:		

Teilnehmer*in 7

Name:	Vorname:		
Geburtsdatum:	E-Mail*:		
Organisation:			
Profession:			
Ärztin/Arzt	Pfleger*in	Ehrenamtler*in	Sonstiges
Workshop Slot 1 (16.30–18.00 Uhr)**:	Workshop Slot 2 (18.30–19.30 Uhr)**:		

Teilnehmer*in 8

Name:	Vorname:		
Geburtsdatum:	E-Mail*:		
Organisation:			
Profession:			
Ärztin/Arzt	Pfleger*in	Ehrenamtler*in	Sonstiges
Workshop Slot 1 (16.30–18.00 Uhr)**:	Workshop Slot 2 (18.30–19.30 Uhr)**:		

Gruppenanmeldung **palliative-care gespräche ruhr** – Seite 4

Teilnehmer*in 9

Name:	Vorname:		
Geburtsdatum:	E-Mail*:		
Organisation:			
Profession:			
Ärztin/Arzt	Pfleger*in	Ehrenamtler*in	Sonstiges
Workshop Slot 1 (16.30–18.00 Uhr)**:	Workshop Slot 2 (18.30–19.30 Uhr)**:		

Teilnehmer*in 10

Name:	Vorname:		
Geburtsdatum:	E-Mail*:		
Organisation:			
Profession:			
Ärztin/Arzt	Pfleger*in	Ehrenamtler*in	Sonstiges
Workshop Slot 1 (16.30–18.00 Uhr)**:	Workshop Slot 2 (18.30–19.30 Uhr)**:		

Teilnehmer*in 11

Name:	Vorname:		
Geburtsdatum:	E-Mail*:		
Organisation:			
Profession:			
Ärztin/Arzt	Pfleger*in	Ehrenamtler*in	Sonstiges
Workshop Slot 1 (16.30–18.00 Uhr)**:	Workshop Slot 2 (18.30–19.30 Uhr)**:		

Gruppenanmeldung **palliative-care gespräche ruhr** – Seite 5

Rechnungsempfänger*in:

Praxis/Klinik/Organisation:

Ansprechpartner*in:

Straße/Haus-Nr.:

PLZ/Ort:

Sonstige Informationen:

Mir ist bekannt, dass **bei einer Absage nach dem 30.10.2026** oder bei Nichterscheinen entstehende **Ausfallkosten** vom* von der angemeldeten Teilnehmer*in zu tragen sind, sofern kein*e Ersatzteilnehmer*in benannt wird.

Ort / Datum:

Unterschrift:

* Bitte beachten Sie, dass wir für jede*n Teilnehmer*in eine eigene E-Mail-Adresse benötigen.

** Jede*r Teilnehmer*in kann an maximal einem Workshop pro Slot teilnehmen:

Slot 1: 16.30–18.00 Uhr

„Oh Schreck, ein Port!“

Dummy-Training zur Portversorgung

Palliative Notfälle sicher versorgen (Teil 1)

Symptomkontrolle und Notfallmedikation
(Schmerzen, Luftnot, Delir)

Wenn Wunden nicht heilen

Wundversorgung in der Palliativmedizin

„Gras drüber wachsen lassen“

Cannabis in der Palliativversorgung

„Bitte helfen Sie mir doch zu sterben“

Sterbewunsch am Krankenbett

Umgang mit schwierigen Angehörigen

Konflikte und Missverständnisse zwischen Patienten/
Angehörigen und Betreuenden in palliativen Situationen

Slot 2: 18.30–19.30 Uhr

„Hospiz – da wird doch eh nur gestorben“

Komplexe Anforderungen an Mitarbeitende im Hospiz

Palliative Notfälle sicher versorgen (Teil 2)

Symptomkontrolle und Notfallmedikation
(Obstipation, akute Blutungen)

„Stirbt der Papa?“

Kindertrauerarbeit

Sterben hat viele Gesichter

Besondere Erkrankungssituationen in der letzten
Lebensphase und ihre Begleitung

Teilhabe bis zum Lebensende

Hospizlich-palliative Kultur bei der Lebenshilfe Bochum

Vorsorge ist keine Altersfrage

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Die Veranstaltung findet im Hörsaalzentrum des St. Josef-Hospitals (Gudrunstraße 56, 44791 Bochum) statt und beginnt um 15.00 Uhr mit der Registrierung, um 16.00 Uhr findet die Begrüßung im Hörsaal statt und ab 16.30 Uhr beginnen die Workshops in Slot 1 und um 18.30 Uhr die Workshops in Slot 2. Weitere Informationen unter www.palliative-care-gespräche-ruhr.de

Wir freuen uns auf Sie!