



Autorisiertes Zentrum für Validation

## Validationsaudits kompetent durchführen

Einführung in die Verwendung der VTI- Validations- Qualitätskriterien während eines Audits

Seit einigen Jahren empfiehlt das Validation- Training- Institute (VTI) in den USA den Erwerb eines VTI- Validation- Qualitätszertifikats. Voraussetzung für diese Zertifizierung ist das Erfüllen vorgegebener Qualitätskriterien. In diesem Seminar lernen die Teilnehmer:innen die Qualitätsmerkmale kennen. Anhand von Fallbeispielen wird eingeübt, eine Beurteilung der Validationsqualität in einer Einrichtung der stationären Seniorenhilfe vorzunehmen.

<b>Kursleitung</b>	<b>Hedwig Neu</b> Zertifizierter Validationsmaster, Autorisiertes Zentrum für Validation, Wachenheim	
<b>Zielgruppe</b>	Level 3-5 Validations- Presenter;- Teacher;- Master, die Validations- Qualitäts- Audits kompetent durchführen wollen.	
<b>Voraussetzungen</b>	Nachweis eines Level3- Validations- Presenter- Level 4- Validations- Teacher-oder Validations- Master- Zertifikats	
<b>Ort</b>	Seniorenzentrum Bürgerspital Wachenheim	
<b>Kursgebühr</b>	intern: 125 €      extern: 140 €	Inkl. Schulungsunterlagen
	<i>Bei Anmeldung bis 10 Wochen vor Seminarbeginn externe Kunden 120,00 €; MA der Diakonissen Speyer 105€. Bei Berechnung der Umlage keine internen Kosten</i>	
<b>Termin</b>	Mittwoch <b>07.02.2024</b>	09:00 - 16:00 Uhr

**Kurs-Anmeldung**  
digital in unserem Online-Portal



### Autorisiertes Zentrum für Validation

Weinstraße 80  
67157 Wachenheim  
Telefon 06322 9423-734  
validation@diakonissen.de  
www.diakonissen.de/biz





# Anmeldeformular

Autorisiertes Zentrum für Validation - Bürgerspital Wachenheim  
Weinstraße 80 - 67157 Wachenheim -  
E-Mail: [validation@diakonissen.de](mailto:validation@diakonissen.de) FAX: 06322-9423-731

**Ich melde mich verbindlich zum folgenden Seminar an:**  
(BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN)

**Fort- / Weiterbildung** \_\_\_\_\_

\*Veranstaltungsort: \_\_\_\_\_

\*Veranstaltungsdatum \_\_\_\_\_

## Teilnehmer/in

\*Anrede  Frau  Herr

\*Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

\*Straße \_\_\_\_\_

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

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Tätigkeit \_\_\_\_\_

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

Tel. privat: \_\_\_\_\_

**\*Rechnungsanschrift (falls von obiger Anschrift abweichend)**

Einrichtung (Name) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

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

Tel. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

\*Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in

(\* bitte unbedingt ausfüllen!)

Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Datenbank des Validationszentrums erkläre ich mich einverstanden. Zudem erkenne ich die geltenden allgemeinen Geschäftsbedingungen an, besonders in Bezug auf Widerrufsrecht und Ausfallkosten. Auf Nachfrage kommen wir gerne unserer Informationspflicht gemäß 17 DSB-EKD nach. Die AGBs und die Datenschutzbestimmungen finden Sie unter [www.diakonissen.de](http://www.diakonissen.de)