

Anlage 2

Weiterbildungsstätte: _____
(Name/Ort)

Angeschlossenes Kooperationskrankenhaus/
Einrichtung:

(Bezeichnung und Ort des Krankenhauses/ der Einrichtung)

Praktische Weiterbildung nach Fachgebieten:

(Für alle Krankenhäuser beziehungsweise Einrichtungen, die zum Kooperationsverbund gehören, ist jeweils die nachstehende Übersicht auszufüllen).

Intermediate Care Pflege			
Fachgebiet/ Bereich	Praktische Einsätze in der eigenen Klinik	Externe praktische Einsätze ↙ ↘	
Pflichteinsatzgebiete:	Stunden:	Stunden:	Krankenhaus/ Einrichtung:
⇒ operative Intermediate Care Einheit oder Intensivstation ¹			
⇒ konservative Intermediate Care Einheit oder Intensivstation ¹			
oder			
⇒ interdisziplinäre Intermediate Care Einheit oder Intensivstation ¹			
und			
⇒ interdisziplinäre oder operative/ konservative			

¹ Alternativ können die Einsatzzeiten auf Intensivstationen durchgeführt werden, sofern dort Intermediate Care Patienten versorgt werden.

Intensivstation			
Wahlpflicht-Einsatzgebiete	Stunden	Stunden	Krankenhaus/ Einrichtung:
⇒			
⇒			
⇒			
Summe der praktischen Weiterbildung insgesamt: _____Stunden (mindestens 900 Stunden)			

Anmerkung: Es ist sicherzustellen, dass in den praktischen Einsätzen die genannten Bereiche anteilig durchlaufen werden. Dies ist ggf. durch Rotation in andere Abteilungen bzw. Kooperationskliniken im Rahmen der Weiterbildungsstätte sicherzustellen.

Datum, Unterschrift