**Anlage 3**

zu Ziffer 8. im Antrag auf Anerkennung als Fachweiterbildungsstätte

Fachweiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name/Ort)

Angeschlossenes Kooperationskrankenhaus/

Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Bezeichnung und Ort des Kooperationskrankenhauses/der Einrichtung)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Notfallpflege** | | | |
| **Name der Praxisan- leiterin[[1]](#footnote-1),[[2]](#footnote-2)** | **Fachweiterbildung Notfallpflege:  Abschlussjahr[[3]](#footnote-3)** | **Weiterbildung Praxisanleitung: Abschlussjahr/Stundenzahl** | |
|  |  |  | Std. |
|  |  |  | Std. |
|  |  |  | Std. |
|  |  |  | Std. |
|  |  |  | Std. |
|  |  |  | Std. |
|  |  |  | Std. |
|  |  |  | Std. |
|  |  |  | Std. |
|  |  |  | Std. |

Für weitere Praxisanleiterinnen ist eine zusätzliche Anlage 3 beizufügen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift

1. Soweit im Folgenden zur besseren Lesbarkeit die weibliche Form gebraucht wird, sind hierdurch alle Geschlechter miterfasst. [↑](#footnote-ref-1)
2. Siehe dazu auch DKG-Empfehlung § 10 Absatz 4. Die Qualifikation ist mit einfacher Kopie nachzuweisen. [↑](#footnote-ref-2)
3. Bei Absolventen nach Übergangsregelung muss das Abschlussjahr zusätzlich mit „Ü“ gekennzeichnet werden. [↑](#footnote-ref-3)