

**Anerkennung gemäß § 21 Abs. 5 der „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung  
Intermediate Care Pflege“ vom 29.11.2016**

Frau/Herr \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung:

Krankenschwester <sup>1</sup>	Gesundheits- und Krankenpflegerin <sup>1</sup>
Krankenpfleger <sup>1</sup>	Gesundheits- und Krankenpfleger <sup>1</sup>
Kinderkrankenschwester <sup>1</sup>	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin <sup>1</sup>
Kinderkrankenpfleger <sup>1</sup>	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger <sup>1</sup>

am \_\_\_\_\_ erteilt durch \_\_\_\_\_  
(Bezeichnung der Behörde)

hat in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

an der Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_  
(Name der Weiterbildungsstätte)

an einer Fortbildung gemäß § 21 Abs. 5 Nr. 2b der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft „DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung Intermediate Care Pflege“ vom 29.11.2016 erfolgreich teilgenommen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat die Weiterbildungsstätte ab \_\_\_\_\_  
mit Bescheid vom \_\_\_\_\_, in der jeweils gültigen Fassung, anerkannt.

Die Zulassung zur Prüfung gemäß § 21 Abs. 5 Nr. 2 der „DKG-Empfehlung für die Weiterbildung Intermediate Care Pflege“ erfolgte nach Vorlage

- des Nachweises der in § 21 Abs. 5 Nr. 2 der „DKG-Empfehlung für die Weiterbildung Intermediate Care Pflege“ geforderten Berufserfahrung
- einer Bescheinigung über die Teilnahme an 80 Stunden theoretischer Fortbildung gemäß § 21 Abs. 5 Nr. 2b der „DKG-Empfehlung für die Weiterbildung Intermediate Care Pflege“.

<sup>1</sup> Bitte die zutreffende Prüfungs- und Berufsbezeichnung verwenden (gem. Urkunde/Abschlusszeugnis der Grundausbildung).

Die Teilnehmerin/der Teilnehmer hat im Rahmen der vorgeschriebenen mündlichen Prüfung

am \_\_\_\_\_

folgendes Ergebnis<sup>2</sup> erreicht:

Note der mündlichen Prüfung: \_\_\_\_\_

Sie /Er<sup>3</sup> ist berechtigt, in Verbindung mit der vorgenannten von der zuständigen Behörde erteilten Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung, die Bezeichnung

**Krankenschwester<sup>1</sup>**  
**Krankenpfleger<sup>1</sup>** für Intermediate Care Pflege (DKG)  
**Kinderkrankenschwester<sup>1</sup>**  
**Kinderkrankenpfleger<sup>1</sup>**

**Gesundheits- und Krankenpflegerin<sup>1</sup>**  
**Gesundheits- und Krankenpfleger<sup>1</sup>** für Intermediate Care Pflege (DKG)  
**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin<sup>1</sup>**  
**Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger<sup>1</sup>**

zu führen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Leitung der Weiterbildung (Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

<sup>2</sup> Gemäß § 21 Abs. 5 Nr. 2 der „DKG-Empfehlung für die Weiterbildung Notfallpflege“

<sup>3</sup> Bitte die entsprechende Bezeichnung verwenden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft<sup>4</sup> bestätigt:

- die Anerkennung der Weiterbildungsstätte durch die DKG
- den Nachweis gemäß § 21 Abs. 5 Nr. 2 der „DKG-Empfehlung für die Weiterbildung Intermediate Care Pflege“

Berlin<sup>5</sup>,

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

---

<sup>4</sup> In Bayern ist die Bayerische Krankenhausgesellschaft zuständig.

<sup>5</sup> In Bayern erfolgt die Bestätigung durch die Bayerische Krankenhausgesellschaft; auf Grund dessen ist hier München einzusetzen.