

Anlage 2

zu Ziffer 7.1 im Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte

Der Weiterbildungsstätte: _____
(Name/Ort)

Angeschlossenes Krankenhaus/
Einrichtung: _____
(Bezeichnung und Ort des Krankenhauses/der Einrichtung)

Praktische Weiterbildung nach Einsatzgebieten:

(Für alle Krankenhäuser, die der Weiterbildungsstätte angeschlossen sind, muss jeweils die nachstehende Übersicht ausgefüllt werden!)

Intermediate Care Pflege			
	Praktische Einsätze in der eigenen Klinik	Externe praktische Einsätze	
Pflicht-Einsatzgebiete	Stunden	Stunden	Krankenhaus
⇒ 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 Intensivstation			

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

Wahlpflicht-Einsatzgebiete	Stunden	Stunden	Krankenhaus
⇒			
⇒			
⇒			
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. Verbundkliniken im Rahmen der Weiterbildungsstätte sicherzustellen.

Datum, Unterschrift