**Anlage 3**

zu Ziffer 8 im Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte

Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Name/Ort)

Angeschlossenes Kooperationskrankenhaus/

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

 (Bezeichnung und Ort des Kooperationskrankenhauses-/ der -einrichtung)

|  |
| --- |
| **Intermediate Care Pflege** |
| **Name der Praxisanleiterin[[1]](#footnote-1),[[2]](#footnote-2)** | **Weiterbildung IMC oder Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege: Abschlussjahr** | **Weiterbildung Praxisanleitung: Abschlussjahr/ Stundenzahl** |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |

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

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 Intermediate Care Pflege § 3 Absatz 2 Nummer 5 und § 10 Abs. 4 - die Qualifikation ist in einfacher Kopie nachzuweisen. [↑](#footnote-ref-2)