**Anlage 3**

zu Ziffer 8.2 im Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte

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

 (Name/Ort)

angeschlossenes Krankenhaus/

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

 (Bezeichnung und Ort des Krankenhauses / der Einrichtung)

|  |
| --- |
| **Intensiv –und Anästhesiepflege** |
| **Name der Praxisan-****leiter/-innen[[1]](#footnote-1)** | **Weiterbildung:** **Abschlussjahr[[2]](#footnote-2)** | **Praxisanleitung: Abschlussjahr/ Stundenzahl** |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |

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

Datum, Unterschrift

1. Siehe dazu auch DKG-Empfehlung § 9 Abs. 3 - die Qualifikation ist in einfacher Kopie nachzuweisen.

 Bei Absolventen nach der Übergangsregelung muss das Abschlussjahr zusätzlich mit „Ü“ gekennzeichnet werden. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)