**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)