**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)

|  |
| --- |
| **Notfallpflege** |
| **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 § 3 Absatz 2 Nummer 4. Die Qualifikation ist mit einfacher Kopie nachzuweisen. [↑](#footnote-ref-1)
2. Bei Absolventen nach Übergangsregelung muss das Abschlussjahr zusätzlich mit „Ü“ gekennzeichnet werden. [↑](#footnote-ref-2)