**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)