

Anlage 3

zu Ziffer 8. im Antrag auf Anerkennung als Fachweiterbildungsstätte

Fachweiterbildungsstätte:

_____ (Name/Ort)

Angeschlossenes Kooperationskrankenhaus/
Einrichtung:

_____ (Bezeichnung und Ort des Kooperationskrankenhauses/
Einrichtung)

Notfallpflege			
Name der Praxisan- leiterin ^{1,2}	Fachweiterbildung Not- fallpflege: Abschlussjahr ³	Weiterbildung Praxisanleitung: Abschlussjahr/Stundenzahl	
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.

Für weitere Praxisanleiterinnen ist eine zusätzliche Anlage 3 beizufügen.

¹ Soweit im Folgenden zur besseren Lesbarkeit die weibliche Form gebraucht wird, sind hierdurch alle Geschlechter mitein-
fasst.

² Siehe dazu auch DKG-Empfehlung § 10 Absatz 4. Die Qualifikation ist mit einfacher Kopie nachzuweisen.

³ Bei Absolventen nach Übergangsregelung muss das Abschlussjahr zusätzlich mit „Ü“ gekennzeichnet werden.

Datum, Unterschrift