

Anlage 1

zu Ziffer 4 im Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte

Der Weiterbildungsstätte:

(Name/Ort)

Angeschlossenes Krankenhaus/
Einrichtung:

(Bezeichnung und Ort des Krankenhauses/der Einrichtung)

Fachgebiete und Bereiche des Krankenhauses/der Einrichtung, das/die dem Weiterbildungsverbund angeschlossen ist.

Pflege im Operationsdienst				
Fachgebiet/Bereiche	Anzahl der OP-Säle	Auslastung:		nicht vorhanden (X)
		Tage pro Woche	Stunden pro Tag (h)	
Pflicht-Einsatzgebiete im OP				
Allgemein-viszerale Chirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Traumatologie und/oder Orthopädie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Gynäkologie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Urologie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Wahlpflicht-Einsatzgebiete im OP				
Neurochirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
HNO			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Gefäßchirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	

Chirurgische Notfallambulanz			vorhanden: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Endoskopie			vorhanden: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
ZSVA/AEMP			vorhanden: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Anästhesie			vorhanden: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Datum, Unterschrift