

# Anlage 1

zu Ziffer 4 im Antrag auf Anerkennung als Fachweiterbildungsstätte

Fachweiterbildungsstätte:

\_\_\_\_\_  
(Name/Ort)

angeschlossenes Kooperationskrankenhaus/  
Einrichtung:

\_\_\_\_\_  
(Bezeichnung und Ort des Kooperationskrankenhauses / der Einrichtung)

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

Pflege im Operationsdienst				
Fachbereiche	Anzahl der OP-Säle	Auslastung:		nicht vorhanden (X)
		Tage pro Woche	Stunden pro Tag (h)	
<b>Pflicht-Einsatzbereiche im OP</b>				
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	
AEMP			Vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Endoskopie			Vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Anästhesie			Vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Wahlpflichteinsatzbereiche im OP</b>				
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	
Ophthalmologie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie			<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	
Herzchirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Thoraxchirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	

Plastische Chirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Handchirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Kinderchirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	

---

Datum, Unterschrift