**Anlage 3**

zu Ziffer 8 im Antrag auf Anerkennung als Fachweiterbildungsstätte

Fachweiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Name/Ort)

angeschlossenes Kooperationskrankenhaus/

Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Bezeichnung und Ort des Kooperationskrankenhauses / der Einrichtung)

|  |
| --- |
| **Pflege im Operationsdienst**  |
| **Name der Praxisan-****leiterin[[1]](#footnote-1),[[2]](#footnote-2)** | **Fachweiterbildung:** **Abschlussjahr** | **Weiterbildung Praxisanleitung: Abschlussjahr/ Stundenzahl** |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |
|  |  |  |  Std. |

Für weitere Personen ist eine zusätzliche Anlage 3 beizufügen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift

1. Soweit im Folgenden zur besseren Lesbarkeit die weibliche Form gebraucht wird, sind hierdurch alle Geschlechter miterfasst. [↑](#footnote-ref-1)
2. Siehe dazu auch DKG-Empfehlung § 10 Abs. 4 - die Qualifikation ist in einfacher Kopie nachzuweisen. [↑](#footnote-ref-2)