



Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft
für Außerklinische Beatmung

Teilnehmernachweis
„Pflegeexperte/in für außerklinische Beatmung/DIGAB“

Teilnehmer/in: Name, Vorname: _____ **Geb. Datum:** _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Name des Kursanbieters: _____

Berufliche Voraussetzungen zur Teilnahme am Expertenkurs	
<p>3-jährige Ausbildung als examinierte/r</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/-in</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in</p> <p><input type="checkbox"/> Altenpfleger/in</p>	<p>_____</p> <p>Stempel/Unterschrift Kursanbieter *</p>
Berufliche Voraussetzungen zur Teilnahme am Expertenkurs <u>und</u> zur Berechtigung der Ausübung einer Fachbereichsleitungsfunktion	
<p>3-jährige Ausbildung als examinierte/r</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/-in</p> <p><input type="checkbox"/> oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in</p> <p><input type="checkbox"/> oder Altenpfleger/ -in</p> <p><u>und</u></p> <p>Einschlägige Berufserfahrung im Beatmungsbereich auf Intensivstationen, Intermediate Care-Stationen, der pädiatrischen Intensivpflege oder in der außerklinischen Beatmung oder einer Weaningeinheit über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre</p>	<p>_____</p> <p>Stempel/Unterschrift Kursanbieter *</p>
Theoretischer Unterricht, Facharbeit und Prüfungen	
<p>Die von der DIGAB zertifizierte Schulungsstätte bescheinigt die nachfolgend aufgeführten Kriterien zur erfolgreichen Teilnahme des Kurses:</p> <p><input type="checkbox"/> Absolvierung der Unterrichtseinheiten (< 10% Fehlzeiten)</p> <p><input type="checkbox"/> Erstellung einer Facharbeit inklusive mündlichem Kolloquium</p> <p><input type="checkbox"/> Erfolgreiches Bestehen der schriftlichen Multiple Choice Prüfung (mind. 50% richtige Antworten)</p>	<p>_____</p> <p>Stempel der Einrichtung Unterschrift der Kursleitung</p>
Praktikum in einem Weaningzentrum/Zentrum für außerklinische Beatmung	
<p>Bescheinigung über die Teilnahme am klinischen Praktikum</p> <p><input type="checkbox"/> 40 Zeitstunden</p> <p style="text-align: center;">oder</p> <p><input type="checkbox"/> 80 Zeitstunden</p> <p>im Zeitraum: _____</p>	<p>_____</p> <p>Stempel der Klinik und Unterschrift des/der Verantwortlichen für die Anleitung</p>
Praktikum in einer außerklinischen Beatmungspflegeeinrichtung (Wohngemeinschaft, betreutes Wohnen, stationäre Pflegeeinrichtung)	
entfällt bei Nachweis über 80 Zeitstunden Praktikum im Weaningzentrum/Zentrum für außerklinische Beatmung	
<p>Bescheinigung über das Praktikum vom Beatmungspflegedienst/Pflegeheim über mindestens</p> <p><input type="checkbox"/> 40 Stunden</p> <p>im Zeitraum: _____</p> <p>(Achtung: Praktikumeinrichtung darf nicht Arbeitgeber sein!)</p>	<p>_____</p> <p>Stempel der Einrichtung und Unterschrift der verantwortlichen Pflegefachkraft</p>

*Dem Bildungsanbieter obliegt die Kontrolle aller persönlichen Angaben auf Richtigkeit nach Vorlage der Originalunterlagen und Zeugnisse (Urkunde zum Führen der Berufsbezeichnung in beglaubigter Kopie, Nachweis der beruflichen Tätigkeit über Arbeitszeugnisse)