

Teilnehmernachweis Expertenkurs zum „Pflegeexperte für außerklinische Beatmung“

Teilnehmer/in: Name, Vorname: _____ Geb.datum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Kursanbieter: _____

Berufliche Voraussetzungen zur Teilnahme am Expertenkurs	
3-jährige Ausbildung als examinierte/r <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/-in <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in <input type="checkbox"/> Altenpfleger/in	_____ Stempel/Unterschrift Kursanbieter
Berufliche Voraussetzungen zur Teilnahme am Expertenkurs und zur Berechtigung der Ausübung einer Fachbereichsleitungsfunktion	
3-jährige Ausbildung als examinierte/r <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/-in <input type="checkbox"/> oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in <u>und</u> mindestens 3 Jahre Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Weaningeinheit, Station für außerklinische Beatmung oder außerklinische Beatmungspflege) in den letzten 5 Jahren (mindestens 50%iger Beschäftigungsumfang)	_____ Stempel/Unterschrift Kursanbieter *
Theoretischer Unterricht, Facharbeit und Prüfungen	
Die von der DIGAB zertifizierte Schulungsstätte bescheinigt die nachfolgend aufgeführten Kriterien zur erfolgreichen Teilnahme des Kurses: <input type="checkbox"/> Absolvierung der Unterrichtseinheiten (< 10% Fehlzeiten) <input type="checkbox"/> Erstellung einer Facharbeit inklusive mündlichem Kolloquium <input type="checkbox"/> Erfolgreiches Bestehen der schriftlichen Multiple Choice Prüfung (> 50% richtige Antworten)	_____ Stempel der Einrichtung Unterschrift der Kursleitung
Praktikum in einer außerklinischen Beatmungspflegeeinrichtung (Wohngemeinschaft, betreutes Wohnen, stationäre Pflegeeinrichtung) entfällt bei Nachweis über 80 Zeitstunden Praktikum im Weaningzentrum/Zentrum für außerklinische Beatmung	
Bescheinigung über das Praktikum vom Beatmungspflegedienst/Pflegeheim über mindestens <input type="checkbox"/> 40 Stunden	_____ Stempel der Einrichtung und Unterschrift der verantwortlichen Pflegefachkraft
Praktikum in einem Weaningzentrum/Zentrum für außerklinische Beatmung	
Bescheinigung über die Teilnahme am klinischen Praktikum <input type="checkbox"/> 40 Zeitstunden oder <input type="checkbox"/> 80 Zeitstunden (Bitte Zutreffendes ankreuzen)	_____ Stempel der Klinik und Unterschrift des/der Verantwortlichen für die Anleitung