

Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Fachkunde

Rettungsdienst

Gebiet/Schwerpunkt _____

Gemäß folgender Weiterbildungsordnung: WBO 2006 **oder** WBO 2022

Tätigkeiten im Ausland sowie unter Berufserlaubnis können auf diesem Wege nicht anerkannt werden.

Hierzu stellen Sie **vorab** einen gesonderten Antrag.

2. Angaben zur Person

Name: _____ Geburtsdatum: [] [] . [] [] . [] [] [] []

Vorname: _____ Geburtsort/Land: _____

Akad. Grad(e): _____ Staatsangehörigkeit: _____

Datum Promotion: [] [] . [] [] . [] [] [] [] Ort: _____

Datum Approbation: [] [] . [] [] . [] [] [] []

Datum zahnärztliche Approbation: [] [] . [] [] . [] [] [] []

3. Anschrift und Kontakt

Dienstanschrift

Dienststelle: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Privatanschrift

Straße: _____ Mobil: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____

Antrag auf Anerkennung

Vorname: _____

Nachname: _____

4. Bisher erworbene Bezeichnungen

Facharzt/Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung/Fachkunde	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer												
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____

5. Erklärung zur Weiterbildung

Ich erkläre und bestätige, dass....

... ich einen Antrag auf Anerkennung bereits bei einer anderen Ärztekammer gestellt habe. Ja Nein

wenn „ja“ bei der Ärztekammer: _____ (Bitte Bescheid beifügen.)

...eine Zweitmitgliedschaft bei der Ärztekammer _____ besteht. Ja Nein

...die in meinen Zeugnissen und Nachweisen aufgeführten Weiterbildungszeiten,

außer dem üblichen Urlaub nicht unterbrochen worden sind. Ja Nein

Falls „Ja“

Meine Weiterbildung wurde wegen _____ unterbrochen.

(z.B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit, ohne ärztliche Tätigkeit)

Zeiträume der Unterbrechungen:

von:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

 bis:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

Grund: _____

von:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

 bis:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

Grund: _____

von:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

 bis:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

Grund: _____

Spezieller Teil zur Beantragung der Fachkunde Rettungsdienst

Vorname: _____ Nachname: _____

Fachkunde Rettungsdienst Auszug WBO 2022	
Auszug	Die Fachkunde Rettungsdienst soll grundlegende Kenntnisse und Erfahrungen in der Erkennung und Behandlung von lebensbedrohlichen Zuständen vermitteln. Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in der Fachkunde Rettungsdienst nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte sowie des Weiterbildungskurses und der Notarzteinsätze.
Voraussetzungen zu Erwerb	<ul style="list-style-type: none"> 24 Monate Weiterbildung in einem Gebiet der stationären Patientenversorgung bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1. <p><u>Weiterbildungszeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 3 Monate ganztägige Weiterbildung in einer Intensivbehandlungsstation oder in der klinischen Anästhesiologie unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1. Diese können während der 24-monatigen Weiterbildung in einem Gebiet der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden. 40 Stunden Kursweiterbildung "Geriatric" gemäß § 4 Absatz 6 80 Stunden Kursweiterbildung gemäß § 4 Absatz 6 in „Allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung Einzelnachweise von 25 endotrachealen Intubationen 50 venösen Zugängen 02 Thoraxdrainagen ein zertifizierter Reanimationsstandard am Phantom und anschließend unter unmittelbarer Anleitung eines erfahrenen Notarztes 10 Einsätze im Notarztwagen oder Rettungshubschrauber, bei denen lebensbedrohliche Erkrankungen oder Unfallfolgen behandelt werden. <p>Inhalte siehe Weiterbildungsordnung</p>

Weiterbildungszeit						
	Zeitraum	Land	Weiterbildungsstätte, (Krankenhaus, Institut, Praxis, etc.)	Abteilung und Name des befugten Arztes / der befugten Ärzte	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit
1	von [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] [] bis [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] []	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [] [] h/Woche [] [] [] %
2	von [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] [] bis [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] []	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [] [] h/Woche [] [] [] %
3	von [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] [] bis [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] []	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [] [] h/Woche [] [] [] %
4	von [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] [] bis [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] []	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [] [] h/Woche [] [] [] %

Spezieller Teil zur Beantragung der Fachkunde Rettungsdienst

Vorname: _____

Nachname: _____

Anerkannte Kurse für Notfallmedizin(80 Stunden)		
Zeitraum	Kurs und Veranstalter	Stunden
1 von _____ bis _____ [][] . [][] . [][][][][][][][] [][] . [][] . [][][][][][][][]	_____	_____
2 von _____ bis _____ [][] . [][] . [][][][][][][][] [][] . [][] . [][][][][][][][]	_____	_____
3 von _____ bis _____ [][] . [][] . [][][][][][][][] [][] . [][] . [][][][][][][][]	_____	_____
4 von _____ bis _____ [][] . [][] . [][][][][][][][] [][] . [][] . [][][][][][][][]	_____	_____
5 von _____ bis _____ [][] . [][] . [][][][][][][][] [][] . [][] . [][][][][][][][]	_____	_____
6 von _____ bis _____ [][] . [][] . [][][][][][][][] [][] . [][] . [][][][][][][][]	_____	_____
7 von _____ bis _____ [][] . [][] . [][][][][][][][] [][] . [][] . [][][][][][][][]	_____	_____
8 von _____ bis _____ [][] . [][] . [][][][][][][][] [][] . [][] . [][][][][][][][]	_____	_____

Einzelnachweise sind als Anlage beigefügt

- 25 endotrachealen Intubationen Ja Nein
 50 venösen Zugänge Ja Nein
 02 Thoraxdrainagen Ja Nein
 ein zertifizierter Reanimationsstandard am Phantom
 und anschließend unter unmittelbarer Anleitung eines erfahrenen Notarztes Ja Nein
 10 Einsätze im Notarztwagen Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass die ausgeführten Tätigkeiten nur berücksichtigt werden, wenn sie durch entsprechende Nachweise siehe Checkliste belegt sind. Bitte legen Sie die betreffenden Zeugnisse in beglaubigter Kopie vor, sämtliche Zeugnisse und Nachweise verbleiben bei der Bezirksärztekammer Rheinhesen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit der o. a. Angaben, dass ich die beigefügte Information zum Datenschutz der Abteilung Weiterbildung zur Kenntnis genommen habe und mit der personenbezogenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden

bin.

Datum: [][] . [][] . [][][][][][][][]

Ort _____

Unterschrift _____