

## Antrag auf Bildungsbewilligung als Lernort Praxis im Rahmen des Zertifikatslehrgangs Überwachungspflege

Betriebsdaten	
Name des Ausbildungsbetriebes	
Adresse	
Telefon und Email	
Kontaktdaten Ausbildungsverantwortliche Person	
Name, Vorname	
Funktion	
Direkte Telefonnummer	
Email	
Kontaktdaten fachliche Begleitperson	
Name: Vorname: Email: Telefon:	Ausweiskopien beilegen von: <input type="checkbox"/> Expertin / Experte NDS HF Anästhesie-, Intensiv- oder Notfallpflege oder <input type="checkbox"/> Zertifikat Überwachungspflege
Reglementarische Vorgaben	
Mindestvorschriften OdASanté sind bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Reglementarische Grundlagen des Bildungs- anbieters BZ Pflege sind bekannt und werden umgesetzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leistungsnachweis Praxis ist bekannt	<input type="checkbox"/> ja
Angaben zur Station während des Zertifikatlehrganges	
Interne Bezeichnung der Station:	<input type="checkbox"/> IMC <input type="checkbox"/> Stroke Unit <input type="checkbox"/> Kardiologische Überwachungsstation <input type="checkbox"/> Pädiatrische Überwachungsstation <input type="checkbox"/> Aufwachraum <input type="checkbox"/> Intensivpflegestation <input type="checkbox"/> Andere:
Ist ein Wechsel auf eine andere Station vorgesehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Interne Bezeichnung der zweiten Station:	<input type="checkbox"/> IMC <input type="checkbox"/> Stroke Unit <input type="checkbox"/> Kardiologische Überwachungsstation

	<input type="checkbox"/> Pädiatrische Überwachungsstation <input type="checkbox"/> Aufwachraum <input type="checkbox"/> Intensivpflegestation <input type="checkbox"/> Andere:
<b>Theorie-Praxistransfer</b>	
Gemäss Mindestanforderungen sind mindestens 40Std. begleitendes Lernen vorgesehen. Bitte konkretisieren Sie dieses Lernangebot:	Std: Std: Std: Std: Std: Std: Std: Std: Std:

Die Richtigkeit der Angaben bestätigt:

Ort und Datum:

Unterschrift der Ausbildungsverantwortlichen Person:

.....

Dem Gesuch sind die im Formular erwähnten Unterlagen beizulegen und an folgende Adresse zu senden:

Berner Bildungszentrum Pflege  
 Fachbereich Weiterbildung  
 Maria Heldner Ouattaghi  
 Leitung Ressort NDS HF Intensivpflege  
 Freiburgstrasse 133  
 3008 Bern

Dieser Antrag auf Bildungsbewilligung ist eine konsolidierte Fassung der nachfolgenden Bildungsanbieter:

- AFSAIN, Aarau
- Berner Bildungszentrum Pflege
- Lindenhofgruppe Bern
- Kantonsspital St. Gallen
- Universitätsspital Basel
- XUND, Bildungszentrum Gesundheit Zentralschweiz
- Z-INA, Höhere Fachschule Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege Zürich