



Antrag auf Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst

entsprechend § 2 der Richtlinie der Landesärztekammer Brandenburg über die
Eignungsvoraussetzungen für die im Rettungsdienst mitwirkenden Ärzte.

Landesärztekammer Brandenburg

Referat Fortbildung

Postfach 10 14 45

03014 Cottbus

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Straße	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Facharzt der Fachrichtung	<input type="text"/>		
Weiterbildungsassistent der Fachrichtung	<input type="text"/>		

Ich erfülle die Voraussetzungen für die Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst entsprechend § 2 o.a. Richtlinie. Den Nachweis über die Teilnahme am interdisziplinären Kursus über allgemeine und spezielle Notfallmedizin (80-Stunden-Fachkundeseminar) und einen zertifizierten Reanimationsstandard füge ich diesem Antrag bei.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Ort	Datum	Unterschrift/ Stempel Antragsteller

Bestätigung

1. Herr/Frau: hat entsprechend § 2 o.g. Richtlinie während einer klinischen Tätigkeit von 18 Monaten – davon 3 Monate Anästhesie/Intensivmedizin – die grundlegenden Kenntnisse und praktischen Fähigkeiten zur selbstständigen Tätigkeit als Notarzt erworben.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Ort	Datum	Unterschrift/ Stempel des leitenden Chefarztes

2. Herr/Frau: hat mindestens 25 endotracheale Intubationen, 20 zentral-venöse Zugänge, 2 Thoraxdrainagen nachgewiesen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Ort	Datum	Unterschrift/ Stempel des leitenden Chefarztes

3. Herr/Frau: hat entsprechend § 2 o.g. Richtlinie während eines Einsatzpraktikums im NAW/RTW unter Leitung eines erfahrenen Notarztes mindestens 10 Einsätze mit lebensrettenden Sofortmaßnahmen durchgeführt.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Ort	Datum	Unterschrift/ Stempel des leitenden Notarztes