



Antrag zur Anerkennung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Weiterbildungsordnung vom 26.10.2005

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

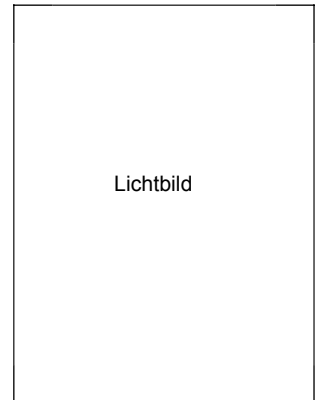
Privatanschrift: _____

Dienststelle: _____

Approbation seit: _____

Promotion seit: _____

Staatsangehörigkeit: _____



Kontaktdaten

Telefon _____ E-Mail _____

Dieser Antrag ist die Anmeldung zur Prüfung im Rahmen des Anerkennungsverfahrens. Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

1. Lebenslauf
2. Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzung zum Erwerb der ZB Notfallmedizin
3. Nachweis über die Erfüllung der Richtlinien
(die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen durch den befugten Arzt für Anästhesiologie, Intensivmedizin oder Notfallaufnahme bestätigt werden, die Einsätze durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst des Landkreises)
4. Zeugnis über 6 Mon. Weiterbildung in Anästhesiologie, Intensivmedizin oder Notfallaufnahme. Das Zeugnis muss über die im Einzelnen erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, zur Frage der fachlichen Eignung und über den zeitlichen Umfang der Teilzeitbeschäftigungen und Unterbrechungen in der Weiterbildung Auskunft geben (§ 9 der Weiterbildungsordnung vom 26.10.2005).
5. Nachweis über die Teilnahme an 80 Stunden Kurs-Weiterbildung in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung

Sämtliche Nachweise sind **als amtlich beglaubigte Kopie** einzureichen. Die eingereichten Unterlagen verbleiben bei der Landesärztekammer Brandenburg.

Bei der Landesärztekammer Brandenburg erfolgreich abgeschlossene Weiterbildungen werden mit Ihrer Zustimmung im Brandenburgischen Ärzteblatt veröffentlicht.

Ich bin mit der Veröffentlichung einverstanden.

Wir weisen darauf hin, dass die Zuständigkeit für die Durchführung des Anerkennungsverfahrens einschließlich des Prüfungsgespräches durch die Landesärztekammer Brandenburg gemäß Heilberufsgesetz nur dann gegeben ist, wenn der Antragsteller/die Antragstellerin Mitglied der Landesärztekammer Brandenburg ist.

Die gemäß § 3 Abs. 2 der Verwaltungsgebührenordnung der Landesärztekammer Brandenburg anfallenden Prüfungsgebühren werden mit der Zulassung zur Prüfung fällig. Den Gebührenbescheid erhalten Sie mit der Einladung zum Prüfungsgespräch.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit aller in diesem Antrag enthaltenen Angaben.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____



Aufstellung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung in zeitlicher Reihenfolge

zum Antrag zur Anerkennung der **Zusatzbezeichnung Notfallmedizin** vom: _____

Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Facharztanerkennung: _____ seit: _____

Beginn der Weiterbildung am: _____

Nr. 1	Zeitraum	vom: _____	bis: _____	_____ Monate	
	davon Teilzeit	vom: _____	bis: _____	_____ h/Woche	
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005:	vom: _____	bis: _____	_____ Monate	
		vom: _____	bis: _____	_____ Monate	
	Weiterbildungsstätte:	_____			
	Abteilung:	_____			
Name des Weiterbilders:	_____	Weiterbildungs- befugnis:	_____ Monate		

Nr. 2	Zeitraum	vom: _____	bis: _____	_____ Monate	
	davon Teilzeit	vom: _____	bis: _____	_____ h/Woche	
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005:	vom: _____	bis: _____	_____ Monate	
		vom: _____	bis: _____	_____ Monate	
	Weiterbildungsstätte:	_____			
	Abteilung:	_____			
Name des Weiterbilders:	_____	Weiterbildungs- befugnis:	_____ Monate		

Nr. 3	Zeitraum	vom: _____	bis: _____	_____ Monate	
	davon Teilzeit	vom: _____	bis: _____	_____ h/Woche	
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005:	vom: _____	bis: _____	_____ Monate	
		vom: _____	bis: _____	_____ Monate	
	Weiterbildungsstätte:	_____			
	Abteilung:	_____			
Name des Weiterbilders:	_____	Weiterbildungs- befugnis:	_____ Monate		

Kurs	Zeitraum	vom: _____	bis: _____	_____ Stunden	
	Veranstalter:	_____			



Anlage zum Antrag zur Anerkennung der Zusatzbezeichnung "Notfallmedizin"

Antragsteller: _____

Geburtsdatum: _____

Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg Nachweis über die Erfüllung der Richtlinien (Zusammenfassung)

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Anzahl der durch Sie durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
endotracheale Intubation selbständig durchgeführt, davon	25	
Alternativverfahren der Atemwegssicherung (z. B. Larynxmaske, Larynxtubus)	5	
der Erkennung und Behandlung akuter Störungen der Vitalfunktionen einschließlich der dazu erforderlichen instrumentellen und apparativen Techniken wie		
manuelle und maschinelle Beatmung, auch nichtinvasive Beatmungsformen (NIV)		
kardio-pulmonale Wiederbelebung dokumentierter Nachweis/Zertifikat		
Grundlagen der Interpretation von notfallrelevanten EKG, Katecholamintherapie		
Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich		
Anlage Thoraxdrainage	2	
intraossären Punktionstechniken (auch am Phantom möglich)	2	

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben:

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Weiterbildungsbefugten



Anlage zum Antrag zur Anerkennung der Zusatzbezeichnung "Notfallmedizin"

Antragsteller: _____

Geburtsdatum: _____

Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg Nachweis über die Erfüllung der Richtlinien (Zusammenfassung)

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Anzahl der durch Sie durchgeführten Einsätze
Einsätze im Notarztwagen oder Rettungshubschrauber unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes	50	

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben:

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des
Ärztlichen Leiters Rettungsdienst des Landkreises