

Teilnehmernachweis Basiskurs
Pflegefachkraft für außerklinische Intensivpflege/Beatmung
 (ggf. mit Zusatzbezeichnung Pädiatrie, Geriatrie)

Teilnehmer (Name, Vorname): _____ Geb.-Datum: _____

Teilnehmer Adresse: _____ E-Mail: _____

Bildungsanbieter: _____

Berufliche Voraussetzungen zur Teilnahme am Basiskurs	
3-jährige Ausbildung als: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflege <input type="checkbox"/> Krankenschwester/Krankenpflege <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpflege <input type="checkbox"/> Altenpflege 	_____ Datum, Stempel, Unterschrift Arbeitgeber *
Fachlicher Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung für die Ausstellung des Zertifikats	
Fachlicher Schwerpunkt des Basiskurses für Pflegekräfte: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Generalistische Ausrichtung (keine Zusatzbezeichnung) <input type="checkbox"/> Ausrichtung Erwachsene und Senioren (Geriatrie) <input type="checkbox"/> Pädiatrische Ausrichtung (Pädiatrie) 	_____ Datum, Unterschrift Bildungsanbieter *
Theoretischer Unterricht, Facharbeit und Prüfungen	
Die von der ARGE akkreditierte Schulungsstätte bescheinigt die nachfolgend aufgeführten Kriterien zur erfolgreichen Teilnahme des Kurses: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Absolvierung der Unterrichtseinheiten (< 10% Fehlzeiten, mind. 50 % (Web-/Präsenzphasen) <ul style="list-style-type: none"> • 80 Zeitstunden (= 106 UE; inkl. maximal 6 UE Selbstlernphasen) <input type="checkbox"/> Erfolgreiches Bestehen der schriftlichen Multiple Choice Prüfung (mind. 50% richtige Antworten) <input type="checkbox"/> Für Kurse mit Online-Lernphasen: Eine nachweisliche und interaktive Teilnahme wird bestätigt 	_____ Datum, Unterschrift Bildungsanbieter *
Praktikum in einer innerklinischen <u>oder</u> außerklinischen Beatmungspflegeeinrichtung	
Bestätigung über 40 Zeitstunden Teilnahme am Praktikum: (zutreffendes bitte ankreuzen) laut Hospitationsbestätigung. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> klinisches Praktikum <input type="checkbox"/> außerklinisches Praktikum (Leistungserbringer der AKI nach §37c SGBV) im Zeitraum: _____	_____ Datum, Unterschrift Bildungsanbieter
Dauer der Gesamtqualifikation	
Beginn (Datum): _____ Ende (Datum): _____ <small>Theorie und Praxis müssen lt. Bundesrahmenempfehlung § 132I, Abs. 1 SGB V nachweisbar innerhalb von max. 6 Monaten absolviert werden</small>	_____ Datum, Unterschrift Bildungsanbieter *

*Dem Bildungsanbieter obliegt die Kontrolle auf Vollständigkeit und Richtigkeit der theoretischen und praktischen Kursanteile nach Vorlage der Originalunterlagen und der vollständig ausgefüllten Unterlagen zur Einreichung zur Erstellung des ARGE-Zertifikats.