

Qualifikationsnachweis Kursleitung

Bildungsanbieter

Art der Einrichtung

Name der Einrichtung

(Akademie/Pflegedienst)

Postalische Anschrift

Ansprechpartner

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Kursleitung

Titel, Name, Vorname, Geb.-Datum:

Berufsbezeichnung*

<input type="checkbox"/>	Pflegefachkraft nach gültigem Pflegeberufegesetz
<input type="checkbox"/>	Berufsbezeichnung: _____

Pflegefachliche Expertise „Intensiv-/Beatmungspflege“

(schriftlichen Nachweis beilegen)

<input type="checkbox"/>	Fachpflege: „Anästhesie und Intensivpflege“ (staatl. Anerkennung z. B. DKG)
<input type="checkbox"/>	„Pflegeexperte für außerklinische Intensivpflege/Beatmung“ (z. B. KNAIB / DIGAB) (Umfang mindestens 200 Zeit-Stunden)
<input type="checkbox"/>	Atmungstherapeut (mind. 600 Std.)
<input type="checkbox"/>	Berufserfahrung in der außerklinischen Intensivpflege/ Beatmung (Nachweis durch Arbeitgeberbescheinigungen)

Pädagogische Expertise

<input type="checkbox"/>	Pflegepädagoge bzw. Lehrer für Pflegeberufe
<input type="checkbox"/>	alternativ zu Pädagogikstudium: abgeschlossene pädagogik-/didaktik-spezifizierte Fort-/Weiterbildungsqualifikation (mindestens 300 Stunden Theorie - z. B. Referent in der Erwachsenenbildung):
<input type="checkbox"/>	Bezeichnung/Abschlusstitel: _____
<input type="checkbox"/>	Bildungsanbieter/Institut: _____

Datum

Unterschrift Kursleitung

*Berufsbezeichnungen nach §132l Abs. 1 SGBV, §5 (1) a-e (S.10)