

(nur von der Ärztekammer auszufüllen:)

Zahlungsvermerk liegt bei

Antragsnr.: _____

Eingangsdatum: _____

Kürzel: _____ VVW:

Antrag auf Anerkennung der Zusatzbezeichnung

NOTFALLMEDIZIN (gemäß WBO 2020)

Bitte in Blockschrift ausfüllen:

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

private Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Approbation erteilt am: _____ durch: _____

bereits erteilte Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

_____ durch Ärztekammer: _____

_____ durch Ärztekammer: _____

_____ durch Ärztekammer: _____

Hinsichtlich der **Prüfungsplanung** können Sie Termine, zu denen Sie aus wichtigem Grund (gebuchter Urlaub, Kongresse etc.) nicht zur Verfügung stehen, hier angeben:

Dem Antrag sind insbesondere folgende Unterlagen im Original oder als beglaubigte Kopie beizufügen:

- Teilnahmebescheinigung über den 80-Stunden-Kurs
- Teilnahmebescheinigung über Simulationskurs (optional)
- Anlage 1: Einzelnachweise (bitte ausfüllen, unterzeichnen und abstempeln lassen)
- Anlage 2: Dokumentationsbogen (bitte selber ausfüllen und unterzeichnen lassen)

BITTE WEITERE HINWEISE AUF DER LETZTEN SEITE BEACHTEN!

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeit zur Erlangung der Zusatzbezeichnung NOTFALLMEDIZIN

Bitte nur die für die Anerkennung der Zusatzbezeichnung erforderlichen Zeiten (24 Monate stationäre Patientenversorgung, davon 6 Monate Intensivmedizin oder Anästhesiologie)

Unterbrechungen der Weiterbildung infolge Krankheit, Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit etc. sind präzise einzutragen.

von	bis	Weiterbildungsstätte:			Name des Weiterbilders	Arbeitszeit (in %)	Zeit in Monaten
		Ort	Name	Abteilung			

Hiermit erkläre ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und

- ich bisher bei keiner weiteren Ärztekammer einen Antrag auf Anerkennung dieser Bezeichnung gestellt habe,
- ich bisher bei keiner weiteren Ärztekammer einen Antrag auf Vorabprüfung meiner Weiterbildungszeiten gestellt habe,
- mir noch nie eine Weiterbildungsbefugnis bzw. für folgende(n) Bereich(e) eine Weiterbildungsbefugnis erteilt wurde.

Bremen/Bremerhaven,

_____ Datum

_____ Unterschrift

Bitte beachten Sie:

Dem Antrag sind **im Original oder als beglaubigte Kopie** beizufügen:

- die für die beantragte Bezeichnung relevanten Weiterbildungszeugnisse und Bescheinigungen
- Arbeitsverträge zu den relevanten Weiterbildungsabschnitten
- Kursnachweise

Bitte geben Sie für Rückfragen Ihre Telefonnummern und E-Mail-Adresse an:

dienstlich:
privat:
Handy:
E-Mail:

Für die Bearbeitung eines Antrages auf Anerkennung einer Zusatzbezeichnung wird eine Gebühr in Höhe von € **150,-** erhoben. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir mit der Bearbeitung Ihres Antrages erst nach Zahlungseingang beginnen können.

Zahlung per Überweisung an: *Deutsche Apotheker und Ärztebank*
IBAN DE53 3006 0601 0001 2164 57
BIC DAAEDEDXXX
Verwendungszweck: WB/ZB/Name

Ermächtigung für SEPA-Lastschrift im Einzugsverfahren (einmalig)

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Bremen widerruflich, die von mir zu entrichtende einmalige Zahlung für die Zusatzbezeichnung **NOTFALLMEDIZIN** zu Lasten meines Girokontos mit der IBAN: _____, BIC: _____ bei der _____ einzuziehen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/Kontoinhabers

Name des Antragstellers in Blockschrift

Bareinzahlung (nicht per Posteingang) Empfang bestätigt _____
Stempel und Unterschrift

Anlage 1

- EINZELNACHWEISE -

zur Erlangung der Zusatzbezeichnung NOTFALLMEDIZIN

BEARBEITUNGSHINWEIS

Die **Punkte 1 bis 2** sind vom befugten Weiterbilder (z. B. Chefarzt der Anästhesie) zu unterzeichnen und abzustempeln. Bitte achten Sie darauf, dass der Name des Weiterbilders leserlich ist, falls dieser nicht auf dem Stempel ersichtlich ist.

Punkt 3 ist von dem für die Notfallmedizin verantwortlichen Arzt (Koordinator) der Klinik zu unterzeichnen und abzustempeln.

Hiermit wird bescheinigt, dass Frau / Herr _____
geboren am _____ in _____ über folgende Eignungs-
voraussetzungen zur Erteilung der Zusatzbezeichnung NOTFALLMEDIZIN verfügt:

1. Weiterbildungszeit

Unter meiner Anleitung wurden mindestens 24 Monate stationäre Patientenversorgung (Vollzeit) absolviert, davon mindestens 6 Monate Weiterbildung in der Intensivmedizin oder in Anästhesiologie oder in einer zentralen Notaufnahme, welche von der Ärztekammer entsprechend anerkannt ist.

Unterschrift

Name/Stempel

2. Weiterbildungsinhalte

In der stationären Tätigkeit **in meinem Zuständigkeitsbereich** hat

Frau / Herr _____

Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Erkennung und Behandlung akuter Störungen der Vitalfunktionen einschließlich der dazu erforderlichen instrumentellen und apparativen Techniken erworben. Hierzu gehören insbesondere:

- endotracheale Intubation
- manuelle und maschinelle Beatmung
- kardio-pulmonale Wiederbelebung
- Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich Anlage zentralvenöser Zugänge und Thoraxdrainage
- der Notfallmedikation einschließlich Analgesierungs- und Sedierungsverfahren
- der sachgerechten Lagerung von Notfallpatienten
- der Herstellung der Transportfähigkeit
- Indikationsstellung und Durchführung von Repositionen bei Fraktionen und Luxationen, Anzahl durchgeführt (_____)
- Sicherung der Atemwege durch endotracheale Intubation einschließlich Videolaryngoskopie, Anzahl durchgeführt (_____)

Ich kann bestätigen, dass er / sie diese Inhalte beherrscht

Unterschrift

Name/Stempel

3. Einsätze

Ich bestätige, dass die in der Anlage 2 aufgeführten Einsätze **in einem Notarztwagen** unter der unmittelbaren Leitung eines erfahrenen Notarztes durchgeführt wurden, der selbst über die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin verfügt und nach Erwerb der Anerkennung mindestens 50 Einsätze eigenverantwortlich gefahren ist. Es handelt sich ausschließlich um Notarzteinsätze und **nicht um Krankentransporte**.

ja / nein

Unterschrift

Name/Stempel
des für die Notfallmedizin verantwortlichen Arztes
(Koordinators) der Klinik

