

(nur von der Ärztekammer auszufüllen:)

Zahlungsvermerk liegt bei

Kürzel:

Antragsnr.: _____

Antrag auf Erteilung des Qualifikationsnachweises:

Ärztliche Leitung Rettungsdienst

Bitte in Blockschrift ausfüllen:

Titel/Vorname/Name: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

bereits erteilte Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

_____ durch Ärztekammer: _____

_____ durch Ärztekammer: _____

Ich versichere, bei keiner anderen Ärztekammer einen gleichlautenden Antrag gestellt zu haben.

Datum: _____ Unterschrift: _____

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

- Nachweis über die erfolgreiche Absolvierung des Qualifikationskurses „Ärztliche Leitung Rettungsdienst“ entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer und anerkannt von der örtlich zuständigen Ärztekammer (Kursbescheinigung)
- Nachweis über
 - die regelmäßige Tätigkeit im Notarzdienst (seit mehr als 5 Jahren)
 - Tätigkeit als Leitender Notarzt im stadtbremischen Rettungsdienst bzw. in Bremerhaven (seit mehr als einem Jahr)
 - Erfahrungen in Aus- und Fortbildung mit entsprechender Ausbildungsqualifikation (z.B. Instruktorrentätigkeit für bestimmte Fortbildungskurs-Konzepte)
 - Erfahrungen in der Simulationsausbildung
 - Erfahrungen in der Projekt- und Konzeptarbeit im Rettungsdienst
 - Detailkenntnisse der Infrastruktur des Rettungsdienstes und des Gesundheitswesens
 - Kenntnisse in der Systemanalyse, Konzeptentwicklung, Problemlösung Rettungsdienst

von – bis	Krankenhaus, Abteilung, Praxis, sonstige ärztliche Tätigkeit (Aufstellung der ärztlichen Tätigkeit in den letzten 5 Jahren:)

Für die Bearbeitung eines Antrages auf Anerkennung eines Qualifikationsnachweises wird eine **Gebühr in Höhe von € 50,-** erhoben.

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 den Qualifikationsnachweis _____ 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

Bearbeitungsvermerk (nur von der Ärztekammer auszufüllen):

Voraussetzungen erfüllt:

- Facharztanerkennung Anästhesiologie
 - oder Facharztanerkennung mit Bezug zur Notfall- und Intensivmedizin: _____
- Zusatzbezeichnung "Notfallmedizin" oder Fachkundenachweis "Rettungsdienst"
- Anerkennung als „Leitender Notarzt“
- Teilnahme am Qualifikationskurs „Ärztliche Leitung Rettungsdienst“
- Erfahrungen in der Systemanalyse, Konzeptentwicklung, Problemlösung
- Detailkenntnisse der Infrastruktur des Rettungsdienstes und Gesundheitswesens
- Erfahrungen in Aus- und Fortbildung mit entsprechender Ausbildungsqualifikation (z.B. Instruktorentätigkeit für bestimmte Fortbildungskurs-Konzepte)
- kontinuierliche Fortbildung in Fachfragen des Aufgabengebietes (Auszug Punktekonto)
- Erfahrungen in der Simulationsausbildung
- Erfahrungen in der Projekt- und Konzeptarbeit im Rettungsdienst
- regelmäßige Tätigkeit im Notarztdienst (seit mehr als 5 Jahren)
- Tätigkeit als Leitender Notarzt im stadtbremischen Rettungsdienst bzw. in Bremerhaven

Sonstiges:

Urkunde kann ausgestellt werden ja nein

Geprüft und Urkunde erstellt: _____

Unterschrift

Anlage

Nachweis zur Erlangung des Qualifikationsnachweises
„Ärztliche Leitung Rettungsdienst“

Hiermit wird bescheinigt,

dass Herr/Frau _____

seit _____ regelmäßig am Notarztdienst in _____ teilnimmt.

Er/Sie ist seit _____ als „Leitender Notarzt“ im stadtbremischen Rettungsdienst bzw. in Bremerhaven tätig.

Er/Sie verfügt über Erfahrungen in der Systemanalyse, Konzeptentwicklung und Problemlösung im Rettungsdienst und über Detailkenntnisse der regionalen Infrastruktur des Rettungs- und Gesundheitswesens in Bremen / Bremerhaven.

Er/Sie verfügt über Erfahrungen in der Simulationsausbildung und in der Projekt- und Konzeptarbeit im Rettungsdienst.

(Nicht Zutreffendes bitte streichen)

Unterschrift

Name/ Stempel
des „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“
Bremen/Bremerhaven