

(nur von der Ärztekammer auszufüllen:)

Zahlungsvermerk liegt bei

Kürzel:

Antragsnr.: _____



Antrag auf Erteilung des Qualifikationsnachweises:

Leitender Notarzt

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: _____

_____ 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 eine spezielle Fortbildung entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer und von der örtlich zuständigen Ärztekammer anerkannt (Kursbescheinigung „Leitender Notarzt“).
- Nachweis über Detailkenntnisse der regionalen Infrastruktur des Rettungs- und Gesundheitswesens im Lande Bremen und über die regelmäßige Teilnahme am Rettungsdienst (Siehe Anlage, Seite 3)

Anlage

Nachweis zur Erlangung des Qualifikationsnachweises „Leitender Notarzt“

Hiermit wird bescheinigt,

dass Herr/Frau _____

seit _____ regelmäßig am Notarztdienst in _____ teilnimmt.

Er/Sie verfügt über umfassende Kenntnisse in der Notfallmedizin und hat in den letzten 2 Jahren monatlich durchschnittlich _____ Einsätze durchgeführt.

Er/Sie verfügt über Detailkenntnisse der regionalen Infrastruktur des Rettungs- und Gesundheitswesens in Bremen / Bremerhaven.

(Nicht zutreffendes bitte streichen)

Unterschrift

Name/ Stempel
des zuständigen Leiters Rettungsdienst