

(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	<b>Krankenhaus, Abteilung, Praxis, sonstige ärztliche Tätigkeit</b> (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