

(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!

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/Chefärztin der Anästhesie) zu unterzeichnen und abzustempeln. Bitte achten Sie darauf, dass der Name des Weiterbilders/der Weiterbildern leserlich ist, falls dieser nicht auf dem Stempel ersichtlich ist.

Punkt 3 ist von dem/der für die Notfallmedizin verantwortlichen Arzt/Ärztin (Koordinator:in) der Notarzteinsätze an dem entsprechenden Einsatzstandort 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 ___ Monate (von _____ bis _____) stationäre Patientenversorgung (Vollzeit) absolviert (erforderlich insgesamt mindestens 24 Monate),
davon ___ Monate Weiterbildung (erforderlich insgesamt mindestens 6 Monate) in der Intensivmedizin oder Anästhesiologie oder 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 Notarzwagen** 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/der für die Notfallmedizin verantwortlichen
Arztes/Ärztin (Koordinator:in) der Notarzteinsätze
an dem entsprechenden Einsatzstandort

