# Antrag auf Bildungsbewilligung als Lernort Praxis im Rahmen des Zertifikatlehrganges Überwachungspflege

|  |
| --- |
| **Betriebsdaten** |
| Name des Ausbildungsbetriebes |       |
| Adresse |       |
| Telefon, E- Mail |             |
| **Kontaktdaten Ausbildungsverantwortliche Person** |
| Name, Vorname |             |
| Funktion |       |
| Direkte Telefonnummer |       |
| E-Mail |       |
| **Kontaktdaten fachliche Begleitperson** |
| Fachliche Begleitungsperson | Name:       Vorname:      Email:      Tel.      Ausweiskopien beilegen von: [ ]  Expertin/Experte NDS HF A, I oder N[ ]  Zertifikat Überwachungspflege |
| **Reglementarische Vorgaben** |
| Mindestvorschriften OdASanté sind bekannt | [ ]  ja [ ]  nein |
| Reglementarische Grundlagen des Bildungsanbieters XUND sind bekannt und werden umgesetzt | [ ]  ja [ ]  nein |
| Leistungsnachweis Praxis ist bekannt | [ ]  ja |
| **Angaben zur Station während des Zertifikatlehrganges** |
| Interne Bezeichnung der Station:       | [ ]  IMC[ ]  Stroke Unit[ ]  Kardiologische Überwachungsstation[ ]  pädiatrische Überwachungsstation[ ]  neonatologische Überwachungsstation[ ]  Aufwachraum[ ]  Intensivpflegestation[ ]  Notfallstation[ ]  Frührehabilitation[ ]  andere:       |
| Ist ein Wechsel auf eine andere Station vorgesehen | [ ]  ja [ ]  nein |
| Interne Bezeichnung der zweiten Station:       | [ ]  IMC[ ]  Stroke Unit[ ]  Kardiologische Überwachungsstation[ ]  pädiatrische Überwachungsstation[ ]  neonatologische Überwachungsstation[ ]  Aufwachraum[ ]  Intensivpflegestation[ ]  Notfallstation[ ]  Frührehabilitation[ ]  andere:       |
| **Theorie-Praxistransfer** |
| Gemäss Mindestanforderungen sind mindestens 40 Std. begleitendes Lernen vorgesehen. Bitte konkretisieren Sie dieses Lernangebot: |       Std:            Std:            Std:            Std:            Std:            Std:            Std:            Std:       |

Die Richtigkeit der Angaben bestätigt:

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum  |  |
| Unterschrift der Ausbildungsverantwortliche  |  |

Dem Gesuch sind die im Formular erwähnten Unterlagen beizulegen und an folgende Adresse zu senden:

Bildungszentrum XUND

Andreas Luterbach

Kantonsspital 46

6000 Luzern 16