**Anerkennungsgesuch als Lernort Praxis NDS HF Notfallpflege**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Spitals** |  |
| **Trägerschaft der Institution** |  |
| **Name der Notfallstation** |  |
| **Fachrichtung** (falls nicht interdisziplinär) |  |
| **Strasse od. Postfach** |  |
| **Postleitzahl/Ort** |  |
| **Kontaktperson** |  |
| **Telefon Nr.** |  |
| **E-Mail** |  |

**1 Personelle Strukturen des Lernorts Praxis (Notfallstation)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Leitung Pflege Notfallstation** | | |
| Name/ Vorname |  |  |
| **Berufliche Qualifikation** | | |
| NDS HF Notfallpflege | Ja | Nein |
| Gleichwertiger Titel | Ja  Welcher: | Nein |
| Managementausbildung | Ja  Welche: | Nein |
| Dauer der Ausbildung | Tage oder Stunden |  |
| Andere Aus- oder Weiterbildungen | Ja  Welche: | Nein |
| Dauer dieser Bildungsgänge | Tage oder Stunden |  |
| Mitglied SIN | Ja | Nein |
| **Ärztliche Leitung Notfallstation** | | |
| Name/ Vorname |  |  |
| **Berufliche Qualifikation** | | |
| Fähigkeitsausweis klinische Notfallmedizin SGNOR | Ja | Nein |
| Gleichwertiger Titel | Ja  Welcher: | Nein |
| Andere Titel | Ja  Welche: | Nein |
| Mitglied SGNOR und/oder PEMS | Ja | Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Für das NDS verantwortliche Ärztin/ Arzt** | | |
| Name/ Vorname |  |  |
| **Berufliche Qualifikation** | | |
| Fähigkeitsausweis klinische Notfallmedizin SGNOR | Ja | Nein |
| Gleichwertiger Titel | Ja  Welcher: | Nein |
| Andere Titel | Ja  Welche: | Nein |
| Mitglied SGNOR und/oder PEMS | Ja | Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bildungsverantwortliche mit Hauptverantwortung AIN** (wenn vorhanden) | | |
| Name/ Vorname |  |  |
| **Berufliche Qualifikation** | | |
| Berufspädagogische Ausbildung | Ja | Nein |
| Art/Titel der berufspädagogischen Ausbildung |  | Tage oder Stunden |
| Andere Aus- oder Weiterbildungen | Ja  Welche: | Nein |
| Dauer dieser Bildungsgänge | Tage oder Stunden |  |
| **Bildungsverantwortliche/ Berufsbildner des Fachgebietes** | | |
| Name/ Vorname |  |  |
| **Berufliche Qualifikation** | | |
| NDS HF Notfallpflege | Ja | Nein |
| Gleichwertiger Titel | Ja  Welcher: | Nein |
| Berufspädagogische Ausbildung | Ja | Nein |
| Art/Titel der berufspädagogischen Ausbildung |  | Tage oder Stunden |
| Andere Aus- oder Weiterbildungen | Ja  Welche: | Nein |
| Dauer dieser Bildungsgänge | Tage oder Stunden |  |
| Beschäftigungsgrad | Total %: | davon für Bildungstätigkeit %: |
| Mitglied SIN | Ja | Nein |
| **Bildungsverantwortliche/ Berufsbildner des Fachgebietes**  (nur auszufüllen, wenn mehrere Bildungsverantwortliche) | | |
| Name/ Vorname |  |  |
| **Berufliche Qualifikation** | | |
| NDS HF Notfallpflege | Ja | Nein |
| Gleichwertiger Titel | Ja  Welcher: | Nein |
| Berufspädagogische Ausbildung | Ja | Nein |
| Art/Titel der berufspädagogischen Ausbildung |  | Tage oder Stunden |
| Andere Aus- oder Weiterbildungen | Ja  Welche: | Nein |
| Dauer dieser Bildungsgänge | Tage oder Stunden |  |
| Beschäftigungsgrad | Total %: | davon für Bildungstätigkeit %: |
| Mitglied SIN | Ja | Nein |

\* Sollte Ihre Station/ Abteilung über weitere Bildungsverantwortliche/ Berufsbildner verfügen, so führen Sie diese bitte im Anhang auf.

**2 Entspricht den Empfehlungen der SGNOR / PEMS**

Ja  Nein

**3 Letzte Betriebsstatistik der Notfallstation**

|  |  |
| --- | --- |
| Erhebung  Stichtag:  Jahresdurchschnitt | |
| Anzahl Patienten gesamt | Total: |
| davon Anzahl Erstkonsultationen \* | Total: |

\* Statistik mit monatlichen Durchschnittszahlen beilegen

Bei weniger als 7'500 Erstkonsultationen der Triageklassen 1-3 pro Jahr bitte das Partnerspital für die externen Praktika angeben:        
(Kopie des Vertrages oder der Vereinbarung beilegen)

**4 Betreibt die Notfallstation einen Schockraum?**

Ja  Nein

wenn ja, Anzahl im Schockraum betreuter Patienten pro Jahr:

**5 Fachdisziplinen der Notfallstation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Chirurgisch | Medizinisch | Pädiatrisch | Interdisziplinär |

**6 Personal der Notfallstation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Erhebung Stichtag: |  |  |  |
| **Diplomierte Pflegefachpersonen in der direkten Pflege** (ohne jegliche Studierende) | **Anzahl**  **besetzte Stellen\*** | **Anzahl**  **Personen** | **Anzahl**  **bewilligte Stellen** |
| Mit schweiz. NDS HF Notfallpflege oder gleichwertigem schweiz. Titel |  |  |  |
| Mit ausländ. NDS HF Notfallpflege oder gleichwertigem Titel |  |  |  |
| Rettungssanitäter/-sanitäterinnen HF |  |  |  |
| Pflegefachpersonen mit NDS HF Intensivpflege |  |  |  |
| Pflegefachpersonen mit NDS HF Anästhesiepflege |  |  |  |
| Ohne NDS HF Anästhesie-, Intensiv- oder Notfallpflege |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |
| \* **Beispiel der Berechnung**  1 Pflegefachfrau arbeitet 50 % = 0,5 Stellen = 1 Person  2 Pflegefachfrau arbeiten 80 % = 1,6 Stellen = 2 Personen | | | |
| **Hilfspersonal** | **Anzahl**  **besetzte Stellen\*** | **Anzahl**  **Personen** | **Anzahl**  **bewilligte Stellen** |
| FaGe |  |  |  |
| Pflegeassistenz Attestausbildung |  |  |  |
| Pflegehilfen |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |
| **Studierende in den folgenden Ausbildungen** | **Anzahl**  **Personen** | **Dauer der Praktika je Studentin in Wochen** | |
| Dipl. Pflegefachpersonen HF |  |  | |
| Dipl. Pflegefachpersonen FH |  |  | |
| Hebammen FH |  |  | |
| Rettungssanitäter/-sanitäterinnen HF |  |  | |
| FaGe |  |  | |
| andere |  |  | |
| **Total** |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pflegepersonen mit erweiterten Aufgaben, die auf der Notfallstation tätig sind** | |
|  | **Anzahl**  **Personen** |
| Dipl. Pflegefachpersonen HÖFA I |  |
| Dipl. Pflegefachpersonen HÖFA II |  |
| Pflegeexperten/-expertinnen mit Bachelor |  |
| Pflegeexperten/-expertinnen mit Master |  |
| andere: |  |
| **Total** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ärztliches Personal** | **100%**  **vollamtlich\*** | **≥ 50%**  **hauptamtlich** | **≤ 49%**  **nebenamtlich** | **Disziplin** |
| Leitende Ärzte/Ärztinnen |  |  |  |  |
| Oberärzte/Oberärztinnen |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |
| \* Vollamtliche Ärzte arbeiten ausschliesslich auf der Notfallstation | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kontinuierliche ärztliche Präsenz für die Notfallpatienten** | | |
| Auf der Notfallstation | Ja | Nein |
| Im Spital | Ja | Nein |

**7 Bildungsangebot mit Lernstundenverteilung am Lernort Praxis**

(kann aus Bildungskonzept übertragen werden)

|  |  |
| --- | --- |
| Einführung in den Arbeitsalltag | Lernstunden: |
| Begleitetes Lernen mit direktem Patientenkontakt | Lernstunden: |
| Begleitetes Lernen ohne Patientenkontakt | Lernstunden: |
| Medizintechnik | Lernstunden: |
| Praktika:  Immobilisations- und Fixationstechniken  Rettungsdienst  Anästhesie  Intensivstation  Kinderspital  andere | Lernstunden:  Lernstunden:  Lernstunden:  Lernstunden:  Lernstunden:  Lernstunden: |
| **Total** | Lernstunden: |

**Sind geeignete Schulungsräumlichkeiten vorhanden?**

Ja  Nein  Alternativen:

**8 Organisatorische Angaben**

|  |
| --- |
| Voraussichtlicher Start des ersten NDS HF Notfallpflege: |
| Voraussichtliche Anzahl Studierende:        pro Jahr        alle 2 Jahre |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen (z.B. geplante bauliche oder strukturelle Veränderungen):** |

**Dem Gesuch sind folgende Unterlagen beizulegen:**

* Kopie der SGNOR- Anerkennung der Notfallstation (bei reinen pädiatrischen Notfallstationen PEMS)
* Kopie der fachspezifischen und pädagogischen Qualifikationen der verantwortlichen Bildungspersonen Pflege
* Kopie der fachspezifischen- und Managementqualifikationen der Leitung Pflege der Notfallstation
* Kopie der letzten ausführlichen Statistik Jahresbericht
* Praktisches Bildungskonzept
* Bei einer Teilanerkennung: Kopie des Vertrages/Vereinbarung mit dem Partnerspital

Ort/Datum

|  |  |
| --- | --- |
| Unterschrift  der Leitung Pflege Notfallstation | |
| Unterschrift  der Hauptbildungsverantworlichen AIN (sofern vorhanden) | Unterschrift  der Bildungsverantwortlichen NDS HF Notfallpflege |
| Unterschrift  des Chefarztes/ Chefärztin Notfallstation | Unterschrift  des verantwortlichen Arztes/Ärztin für das NDS HF Notfallpflege |

**Bitte senden Sie dieses Gesuch mit den geforderten Unterlagen an:**

Höhere Fachschule Z-INA

Susanne Schuhe

Schulleitung

Maneggstrasse 37

8041 Zürich

susanne.schuhe@oda-g-zh.ch