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

|  |  |
| --- | --- |
| **Betriebsdaten** | |
| Name des Ausbildungsbetriebes |  |
| Adresse |  |
| Telefon, E- Mail |  |
| **Kontaktdaten Ausbildungsverantwortliche Person** | |
| Name, Vorname |  |
| Funktion |  |
| Direkte Telefonnummer |  |
| E-Mail |  |
| **Kontaktdaten fachliche Begleitperson** | |
| Name, Vorname |  |
| Direkte Telefonnummer |  |
| E-Mail |  |
| Fachliche Qualifikation  (Ausweiskopien beilegen) | Expertin/Experte NDS HF AIN  Zertifikat Überwachungspflege |
| **Reglementarische Vorgaben** | |
| Mindestvorschriften OdASanté sind bekannt | ja  nein |
| Reglementarische Grundlagen des Bildungsanbieters Z-INA sind bekannt und werden umgesetzt | ja  nein |
| Leistungsnachweis Praxis ist bekannt | ja  nein |
| **Angaben zur Station während des Zertifikatslehrgangs** | |
| Interne Bezeichnung der Station: | IMC  Stroke Unit  Kardiologische Überwachungsstation  pädiatrische Überwachungsstation  neonatologische Überwachungsstation  CANU Level:  Aufwachraum  Intensivpflegestation  andere: |
| Ist ein Wechsel auf eine andere Station vorgesehen | ja  nein |
| Wenn ja, Bezeichnung der zweiten Station: | IMC  Stroke Unit  Kardiologische Überwachungsstation  pädiatrische Überwachungsstation  neonatologische Überwachungsstation  CANU Level:  Aufwachraum  Intensivpflegestation  andere: |

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben:

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum |  |
| Unterschrift der Ausbildungsverantwortlichen Person |  |

Dem Gesuch sind die im Formular erwähnten Unterlagen beizulegen und an folgende Adresse zu senden (Papier oder elektronisch):

Höhere Fachschule Z-INA

Maneggstrasse 37

8041 Zürich

sekretariat@oda-g-zh.ch