**Anerkennungsgesuch als Lernort Praxis NDS HF Anästhesiepflege**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Spitals** |  |
| **Trägerschaft der Institution** |  |
| **Strasse od. Postfach** |  |
| **Postleitzahl/Ort** |  |
| **Kontaktperson** |  |
| **Telefon Nr.** |  |
| **E-Mail** |  |

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

|  |
| --- |
| **Leitung Pflege Anästhesieabteilung** |
| Name/ Vorname |       |       |
| **Berufliche Qualifikation** |
| NDS HF Anästhesiepflege  | 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 SIGA | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| **Gibt es innerhalb des OP-Bereiches eine vorgesetzte Stelle (z.B: OP-Managerin/Manager, OP-Koordinatorin/Koordinator o.ä.)?** |
|  | Ja [ ] Wenn ja, bitte weiter ausfüllen | Nein [ ]  |
| Name/ Vorname |       |       |
| Berufliche Qualifikation |       |
| Managementausbildung | Ja [ ] Welche:       | Nein [ ]  |
| **Ärztliche Leitung Anästhesieabteilung** |
| Name/ Vorname |       |       |
| **Berufliche Qualifikation** |
| Facharzt/Fachärztin FMH Anästhesie  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Gleichwertiger Titel | Ja [ ] Welcher:       | Nein [ ]  |
| Andere Titel | Ja [ ] Welche:       | Nein [ ]  |
| Ordentliches Mitglied SSAPM  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| **Für das NDS verantwortliche Ärztin/ Arzt**  |
| Name/ Vorname |       |       |
| **Berufliche Qualifikation** |
| Facharzt/Fachärztin FMH Anästhesie  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Gleichwertiger Titel | Ja [ ] Welcher:       | Nein [ ]  |
| Andere Titel | Ja [ ] Welche:       | Nein [ ]  |
| Ordentliches Mitglied SSAPM  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |

|  |
| --- |
| **Bildungsverantwortliche mit Hauptverantwortung AIN** (wenn vorhanden) |
| Name/ Vorname |       |       |
| **Berufliche Qualifikation** |
| Berufspädagogische Ausbildung | Ja [ ] Welche:       | 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 Anästhesiepflege  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Gleichwertiger Titel | Ja [ ] Welcher:       | Nein [ ]  |
| Berufspädagogische Ausbildung | Ja [ ] Welche:       | 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 SIGA | Ja [ ]  | Nein [ ]  |

|  |
| --- |
| **Bildungsverantwortliche/ Berufsbildner des Fachgebietes**(nur auszufüllen, wenn mehrere Bildungsverantwortliche) |
| Name/ Vorname |       |       |
| **Berufliche Qualifikation** |
| NDS HF Anästhesiepflege  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Gleichwertiger Titel | Ja [ ] Welcher:       | Nein [ ]  |
| Berufspädagogische Ausbildung | Ja [ ] Welche:       | 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 SIGA  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |

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

**2 Entspricht den Empfehlungen der SSAPM:**

Ja [ ]  Nein [ ]

**Anerkennung der SSAPM als zweijährige Weiterbildungsstätte für Fachärzte/ Fachärztinnen Anästhesie:**

Ja [ ]  Nein [ ]

**3 Gesuch um Anerkennung als Lernort Praxis für das NDS HF Anästhesiepflege für:**

**[ ]** 24 Monate [ ]  18 Monate [ ]  12 Monate [ ]  6 Monate

 Bei einer Teilanerkennung bitte das Partnerspital angeben:
 (Kopie des Vertrages oder der Vereinbarung beilegen)

**4 Chirurgische Fachdisziplinen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fachdisziplinen** |  |  |
| Traumatologie/Orthopädie  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Grosse Viszeralchirurgie | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Urologie | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Gynäkologie und Geburtshilfe | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| ORL  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Ophthalmologie | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Kieferchirurgie | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Kinderchirurgie | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Herzchirurgie | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Thorax- und Gefässchirurgie | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Neurochirurgie | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Andere:      | Ja [ ]  | Nein [ ]  |

**5 Weitere Tätigkeitsbereiche der Anästhesie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tätigkeitsbereiche** |  |  |
| Schmerzdienst | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Aufwachraum | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Schockraum | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| REA- Team | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Rettungsdienst | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Anästhesien ausserhalb des OP |
| * Gastro
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| * Coro
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| * Angio
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| * Röntgen
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| * Wundversorgung
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| * Notfall
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| * CT
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Andere:      | Ja [ ]  | Nein [ ]  |

**6 Letzte Statistik der Anästhesieabteilung**

|  |
| --- |
| Erhebung: [ ]  Jahresstatistik |
| **Anzahl der ausgeführten Anästhesien im vergangenen Jahr** |
| Anzahl ausgeführte allgemeine Anästhesien |        |
| Anzahl ausgeführte stand-by Anästhesien |        |
| Anzahl ausgeführte loko-regionale Anästhesien |        |
| **Total ausgeführte Anästhesien** |  |
| **Patientenklassifikation** |
| Anzahl ASA I |        |
| Anzahl ASA II |        |
| Anzahl ASA III |        |
| Anzahl ASA IV |       |
| **Altersstruktur der Patienten** |
| Anzahl Patienten > 80-jährig |        |
| Anzahl Patienten < 2-jährig |       |

**7 Wie viele der Patienten vom Total der Patienten sind Notfallpatienten?**

**8 Personal der Anästhesieabteilung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Erhebung Stichtag:       |  |  |  |
| **Diplomiertes Pflegepersonal in der direkten Pflege** (ohne jegliche Studierende) | **Anzahl** **besetzte Stellen\*** | **Anzahl** **Personen** | **Anzahl** **bewilligte Stellen** |
| Mit schweiz. NDS HF Anästhesiepflege oder gleichwertigem schweizerischen Titel |       |       |       |
| Mit ausländ. NDS HF Anästhesiepflege oder gleichwertigem Titel |       |       |       |
| Ohne NDS HF Anästhesiepflege |       |       |       |
| **Total** |  |  |  |
| \* **Beispiel der Berechnung**1 Pflegefachfrau arbeitet 50 % = 0,5 Stellen = 1 Person2 Pflegefachfrau arbeiten 80 % = 1,6 Stellen = 2 Personen |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Studierende in den folgenden Ausbildungen** | **Anzahl** **Personen** | **Dauer der Praktika je Studentin in Wochen** |
| Dipl. Pflegefachpersonen HF |       |       |
| Dipl. Pflegefachpersonen FH |       |       |
| Hebammen |       |       |
| Rettungssanitäter/-sanitäterinnen HF |       |       |
| andere:       |       |       |
| **Total** |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ärztliches Personal** | **Anzahl** **besetzte Stellen** | **Anzahl** **Personen** | **Anzahl** **bewilligte Stellen** |
| Anästhesieärzte/-ärztinnen FMH oder FMH- äquivalentem Titel |       |       |       |
| Anästhesieärzte/-ärztinnen in Ausbildung |       |       |       |
| **Total** |  |  |  |

**9 Gibt es eine ständige Präsenz eines Facharztes/einer Fachärztin Anästhesie im Spital?**

Ja [ ]  Nein [ ]

**10 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:  |
| Zusatzpraktika | Lernstunden:  |
| **Total** | Lernstunden:  |

**Sind geeignete Schulungsräumlichkeiten vorhanden?**

Ja [ ]  Nein [ ]  Alternativen:

**11 Einsatz der Studierenden:**

**im Spätdienst**

Nein [ ]  Ja [ ]  ab welchem Semester?

 **im Nachtdienst**

Nein [ ]  Ja [ ]  ab welchem Semester?

 **im Wochenenddienst**

Nein [ ]  Ja [ ]  ab welchem Semester?

**12 Organisatorische Angaben**

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

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

**Dem Gesuch sind folgende Unterlagen beizulegen:**

* Kopie der fachspezifischen und pädagogischen Qualifikationen der verantwortlichen Bildungspersonen Pflege
* Kopie der fachspezifischen- und Managementqualifikationen der Leitung Pflege der Anästhesieabteilung
* Kopie der letzten ausführlichen Statistik Jahresbericht
* Praktisches Bildungskonzept
* Bei einer Teilanerkennung: Kopie des Vertrages/Vereinbarung mit dem Partnerspital

Ort/Datum

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

**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