**Anerkennungsgesuch als Lernort Praxis NDS HF Intensivpflege**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Leitung Pflege Intensivstation** | | |
| Name/ Vorname |  |  |
| **Berufliche Qualifikation** | | |
| NDS HF Intensivpflege | 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 SGI und/oder SGN | Ja | Nein |
| **Ärztliche Leitung Intensivstation** | | |
| Name/ Vorname |  |  |
| **Berufliche Qualifikation** | | |
| Facharzt/Fachärztin FMH Intensivmedizin | Ja | Nein |
| Gleichwertiger Titel | Ja  Welcher: | Nein |
| Andere Titel | Ja  Welche: | Nein |
| Mitglied SGI und/oder SGN | Ja | Nein |
| **Für das NDS verantwortliche Ärztin/ Arzt** | | |
| Name/ Vorname |  |  |
| **Berufliche Qualifikation** | | |
| Facharzt/Fachärztin FMH Intensivmedizin | Ja | Nein |
| Gleichwertiger Titel | Ja  Welcher: | Nein |
| Andere Titel | Ja  Welche: | Nein |
| Mitglied SGI und/oder SGN | 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 Intensivpflege | 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 SGI und/oder SGN | Ja | Nein |
| **Bildungsverantwortliche/ Berufsbildner des Fachgebietes**  (nur auszufüllen, wenn mehrere Bildungsverantwortliche) | | |
| Name/ Vorname |  |  |
| **Berufliche Qualifikation** | | |
| NDS HF Intensivpflege | 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 SGI und/oder SGN | Ja | Nein |

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

**2 Zertifizierung der Intensivstation durch die SGI seit:**

**SGI-Kategorie:** Au / A B  C  keine und/oder  CANU Level III

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

24 Monate  12 Monate

Bei einer Teilanerkennung bitte das Partnerspital angeben:      

**4 Organisatorische Angaben**

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

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

**Dem Gesuch sind folgende Unterlagen beizulegen:**

* Kopie der SGI- Anerkennung der Intensivstation
* Kopie der fachspezifischen und pädagogischen Qualifikationen der verantwortlichen Bildungspersonen Pflege
* Kopie der fachspezifischen- und Managementqualifikationen der Leitung Pflege der Intensivstation
* Kopie der ausführlichen Statistik Jahresbericht (MDSi) der letzten 3 Jahre
* Praktisches Bildungskonzept
* Bei einer Teilanerkennung: Kopie des Vertrages/Vereinbarung mit dem Partnerspital

Ort/Datum

|  |  |
| --- | --- |
| Unterschrift  der Leitung Pflege Intensivstation | |
| Unterschrift  der Hauptbildungsverantworlichen AIN (sofern vorhanden) | Unterschrift  der Bildungsverantwortlichen NDS HF IP |
| Unterschrift  des Chefarztes/ Chefärztin Intensivstation | Unterschrift  des verantwortlichen Arztes/Ärztin für das NDS HF IP (sofern abweichend vom Chefarzt/ Chefärztin) |

**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