**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 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 Person2 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 FixationstechnikenRettungsdienstAnästhesieIntensivstationKinderspitalandere | 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