# Antrag auf Bildungsbewilligung als Lernort Praxis im Rahmen der Nachdiplomstudien NDS HF AIN

[ ]  **Anästhesiepflege NDS HF** [ ]  **Intensivpflege NDS HF** [ ]  **Notfallpflege NDS HF**

|  |
| --- |
| **Betriebsdaten** |
| Name des Ausbildungsbetriebes |       |
| Adresse |       |
| Telefon, E- Mail |             |
| **Kontaktdaten Ausbildungsverantwortliche Person** |
| Name, Vorname |             |
| Funktion |       |
| Berufspädagogische Ausbildung |       |
| Direkte Telefonnummer |       |
| E-Mail |       |
| **Ausbildungskonzept** |
| Ausbildungskonzept und Beurteilungsinstrumente nach Vorgaben Rahmenlehrplan sind erstellt und werden umgesetzt. (bitte beilegen) | [ ]  Bildungskonzept[ ]  Konzept Geräteprüfung[ ]  Konzept praktische Prüfung (Anästhesie)[ ]  Konzept Fallanalyse (Intensiv und Notfall)[ ]  Bildungsnachweis (Anästhesie)[ ]  Lernbegleitinstrumente  |
| Die aktuell gültigen Empfehlungen Lernort Praxis der Entwicklungskommission AIN und Rahmenlehrplan AIN der OdASanté sind bekannt und werden umgesetzt. | [ ]  ja [ ]  nein |
| Reglementarische Grundlagen des Bildungsanbieters XUND sind bekannt und werden umgesetzt | [ ]  ja [ ]  nein |

|  |
| --- |
| **Angaben zu Betriebsstrukturen Anästhesiepflege NDS HF** |
| Anzahl Anästhesien pro Jahr |       |
| Der Lernort Praxis entspricht den aktuellen Standards und Empfehlungen der SSAPM- | [ ]  ja [ ]  nein |
| Kooperationspartner in der praktischen Ausbildung | [ ]  ja [ ]  neinKooperationspartner:      (bitte Vertrag beilegen) |
| Verantwortliche Berufsbildende Person | Name:       Vorname:      Email:      Tel.      Diplomkopien beilegen von: [ ]  Expertin/Experte NDS HF Anästhesie[ ]  Berufspädagogische Ausbildung |
| Abteilungsleitung Pflege Anästhesie | Name:       Vorname:      Email:      Tel.       |
| Für NDS Anästhesie verantwortlicher Arzt: | Name:       Vorname:      Email:      Tel.       |
| Vorgesehen Anzahl Studierende  |       Frühling [ ]  jährlich/ [ ]  2 jährlich      Herbst [ ]  jährlich/ [ ]  2 jährlich |

|  |
| --- |
| **Angaben zu Betriebsstrukturen Notfallpflege NDS HF** |
| Anzahl Schockraumplätze |       |
| Die Notfallstation ist räumlich eine selbstständige Einheit. | [ ]  ja [ ]  nein |
| Notfallkonsultationen | > 10'000 Patienten / Jahr [ ] > 8'000 Patienten / Jahr [ ] > 6'000 Patienten / Jahr [ ]  |
| Patienten werden nach einem validierten und Evidenz basierten Konzept tragiert. | [ ]  ja [ ]  nein |
| Kooperationspartner in der praktischen Ausbildung | [ ]  ja [ ]  neinKooperationspartner:      (bitte Vertrag beilegen) |
| Verantwortliche berufsbildende Person | Name:       Vorname:      Email:      Tel.      Diplomkopien beilegen von: [ ]  Expertin/Experte NDS HF Notfallpflege[ ]  Berufspädagogische Ausbildung |
| Abteilungsleitung Notfall | Name:       Vorname:      Email:      Tel.       |
| Für NDS Notfallpflege verantwortlicher Arzt: | Name:       Vorname:      Email:      Tel.       |

|  |  |
| --- | --- |
| Der Lernort Praxis entspricht den aktuellen Standards und Empfehlungen der SGNOR | [ ]  ja [ ]  nein |
| Vorgesehen Anzahl Studierende  |       Frühling [ ]  jährlich/ [ ]  2 jährlich      Herbst [ ]  jährlich/ [ ]  2 jährlich |

|  |
| --- |
| **Angaben zu Betriebsstrukturen Intensivpflege NDS HF** |
| Welche Disziplinen/Fachbereiche weist die Intensivstation aus |       |
| Anzahl betriebener Betten auf der/den Intensivstation(en): |       |
| SGI Anerkennung |       |
| Kooperationspartner in der praktischen Ausbildung | [ ]  ja [ ]  neinKooperationspartner:      (bitte Vertrag beilegen) |
| Verantwortliche Berufsbildende Person | Name:       Vorname:      Email:      Tel.      Diplomkopien beilegen von: [ ]  Expertin/Experte NDS HF Intensivpflege[ ]  Berufspädagogische Ausbildung |
| Abteilungsleitung Intensivpflege | Name:       Vorname:      Email:      Tel.       |
| Für NDS Intensivpflege verantwortlicher Arzt: | Name:       Vorname:      Email:      Tel.       |

|  |  |
| --- | --- |
| Vorgesehen Anzahl Studierende  |       Frühling [ ]  jährlich/ [ ]  2 jährlich      Herbst [ ]  jährlich/ [ ]  2 jährlich |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum  |  |
| Unterschrift der Ausbildungsverantwortliche NDS HF AIN  |  |

Dem Gesuch sind die im Formular erwähnten Unterlagen beizulegen und an folgende Adresse zu senden:

Bildungszentrum XUND

Adrian Wyss

Bereichsleiter Weiterbildung & Entwicklung

Kantonsspital 46

6000 Luzern 16