# 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  nein  Kooperationspartner:       (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  nein  Kooperationspartner:       (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  nein  Kooperationspartner:       (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