# Antrag auf Bildungsbewilligung als Lernort Praxis im Rahmen des Zertifikatlehrganges Überwachungspflege

|  |  |
| --- | --- |
| **Betriebsdaten** | |
| Name des Ausbildungsbetriebes |  |
| Adresse |  |
| Telefon, E- Mail |  |
| **Kontaktdaten Ausbildungsverantwortliche Person** | |
| Name, Vorname |  |
| Funktion |  |
| Direkte Telefonnummer |  |
| E-Mail |  |
| **Kontaktdaten fachliche Begleitperson** | |
| Fachliche Begleitungsperson | Name:       Vorname:  Email:  Tel.  Ausweiskopien beilegen von:  Expertin/Experte NDS HF A, I oder N  Zertifikat Überwachungspflege |
| **Reglementarische Vorgaben** | |
| Mindestvorschriften OdASanté sind bekannt | ja  nein |
| Reglementarische Grundlagen des Bildungsanbieters XUND sind bekannt und werden umgesetzt | ja  nein |
| Leistungsnachweis Praxis ist bekannt | ja |
| **Angaben zur Station während des Zertifikatlehrganges** | |
| Interne Bezeichnung der Station: | IMC  Stroke Unit  Kardiologische Überwachungsstation  pädiatrische Überwachungsstation  neonatologische Überwachungsstation  Aufwachraum  Intensivpflegestation  Notfallstation  Frührehabilitation  andere: |
| Ist ein Wechsel auf eine andere Station vorgesehen | ja  nein |
| Interne Bezeichnung der zweiten Station: | IMC  Stroke Unit  Kardiologische Überwachungsstation  pädiatrische Überwachungsstation  neonatologische Überwachungsstation  Aufwachraum  Intensivpflegestation  Notfallstation  Frührehabilitation  andere: |
| **Theorie-Praxistransfer** | |
| Gemäss Mindestanforderungen sind mindestens 40 Std. begleitendes Lernen vorgesehen. Bitte konkretisieren Sie dieses Lernangebot: | Std:        Std:        Std:        Std:        Std:        Std:        Std:        Std: |

Die Richtigkeit der Angaben bestätigt:

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum |  |
| Unterschrift der Ausbildungsverantwortliche |  |

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

Bildungszentrum XUND

Andreas Luterbach

Kantonsspital 46

6000 Luzern 16