#

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

|  |
| --- |
| **Betriebsdaten** |
| Name des Ausbildungsbetriebes |       |
| Adresse |       |
| Telefon, E- Mail |             |
| **Kontaktdaten Ausbildungsverantwortliche Person** |
| Name, Vorname |             |
| Funktion |       |
| Direkte Telefonnummer |       |
| E-Mail |       |
| **Kontaktdaten fachliche Begleitperson** |
| Name, Vorname |             |
| Direkte Telefonnummer |       |
| E-Mail |       |
| Fachliche Qualifikation(Ausweiskopien beilegen) | [ ]  Expertin/Experte NDS HF AIN[ ]  Zertifikat Überwachungspflege |
| **Reglementarische Vorgaben** |
| Mindestvorschriften OdASanté sind bekannt | [ ]  ja [ ]  nein |
| Reglementarische Grundlagen des Bildungsanbieters Z-INA sind bekannt und werden umgesetzt | [ ]  ja [ ]  nein |
| Leistungsnachweis Praxis ist bekannt | [ ]  ja [ ]  nein |
| **Angaben zur Station während des Zertifikatslehrgangs** |
| Interne Bezeichnung der Station:       | [ ]  IMC[ ]  Stroke Unit[ ]  Kardiologische Überwachungsstation[ ]  pädiatrische Überwachungsstation[ ]  neonatologische Überwachungsstation CANU Level:      [ ]  Aufwachraum[ ]  Intensivpflegestation[ ]  andere:       |
| Ist ein Wechsel auf eine andere Station vorgesehen | [ ]  ja [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Wenn ja, Bezeichnung der zweiten Station:  | [ ]  IMC[ ]  Stroke Unit[ ]  Kardiologische Überwachungsstation[ ]  pädiatrische Überwachungsstation[ ]  neonatologische Überwachungsstation CANU Level:      [ ]  Aufwachraum[ ]  Intensivpflegestation[ ]  andere:       |

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben:

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum  |       |
| Unterschrift der Ausbildungsverantwortlichen Person  |  |

Dem Gesuch sind die im Formular erwähnten Unterlagen beizulegen und an folgende Adresse zu senden (Papier oder elektronisch):

Höhere Fachschule Z-INA

Maneggstrasse 37

8041 Zürich

sekretariat@oda-g-zh.ch