Bescheinigung
zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
(WBO 2020)

Voraussetzung für die Erteilung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin ist der Nachweis von mindestens 50 Notarzteinsätzen im öffentlichen Rettungsdienst (Notarzteinsatzfahrzeug oder Rettungshubschrauber) unter Begleitung einer/eines verantwortlichen Notärztin/Notarztes, davon können bis zu 25 Einsätze im Rahmen eines standardisierten Simulationskurses erfolgen (Bescheinigung ist im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie beizufügen)

Nachweis der Einsatzfahrten

Es wird bestätigt, dass

Name: _____ **Vorname:** _____ **geb. am:** _____

Dienstanschrift:

_____

nach Teilnahme an einem 80-stündigen Kurs in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung ein Einsatzpraktikum von 50 Notarzteinsätzen unter der unmittelbaren Leitung eines Notarztes absolviert hat.

Zeitraum des Praktikums: von _____ bis _____

Gesamtzahl der begleiteten Notarzteinsätze: _____
(Die Einsätze sind als Anlage einzeln aufgeführt.)

im Krankenhaus _____

Abteilung _____

_____ _____
Ort und Datum Stempel und Unterschrift der/des für den Rettungsdienst zuständigen Ärztin/Arztes

Die Ärztekammer behält sich vor, weitere Nachweise zu fordern.

Antragstellerin/Antragsteller: .....

Nr.	**Datum**	**Patienteninitialien oder Einsatznummer**	**Diagnose und Therapie**	**Notärztin/Notarzt** (***Vor- und Zuname***, **Ort** bitte deutlich schreiben)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Nr.	Datum	Patienteninitialien oder Einsatznummer	Diagnose und Therapie	**Notärztin/Notarzt** (***Vor- und Zuname***, **Ort** bitte deutlich schreiben)
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Nr.	Datum	Patienteninitialien oder Einsatznummer	Diagnose und Therapie	**Notärztin/Notarzt** (***Vor- und Zuname***, **Ort** bitte deutlich schreiben)
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				

Nr.	**Datum**	**Patienteninitialien oder Einsatznummer**	**Diagnose und Therapie**	**Notärztin/Notarzt** (***Vor- und Zuname***, **Ort** bitte deutlich schreiben)
48				
49				
50				