

An die Kursleitung
„Herzinsuffizienz Weiterbildung“
PD Dr. Christina Magnussen
Universitäres Herz- und Gefäßzentrum
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Anmeldung

Fortbildung Spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz (MFA)

Frühjahrskurs Herbstkurs

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Wohnort:	
Telefon dienstlich:	Telefon mobil:
E-Mail:	
Berufsausbildung als:	
Arbeitgeber mit Adresse:	
Tätig in Abteilung:	Tätig als:
Für folgenden Arbeitsbereich vorgesehen:	
Rechnungsadresse: <input type="checkbox"/> gleich Arbeitgeber <input type="checkbox"/> sonstige:	

Bitte fügen Sie Ihrer Anmeldung folgende Unterlagen bei:

- 1. Tabellarischer Lebenslauf**
- 2. Kopie des Zeugnisses der Berufsausbildung**
- 3. Informelles Befürwortungsschreiben des medizinischen Tutors, dass dieser die Fortbildung des Antragstellers am Heimatkrankenhaus/in der Heimatpraxis supervidiert. (Beispiel siehe Beiblatt)**

Die Teilnahmebedingungen wurden mir ausgehändigt und werden hiermit anerkannt.

Datum/Unterschrift _____
Antragssteller/in

Befürwortet _____
Datum/Unterschrift Vorgesetzte/r

Lehrgangsgebühren:

→Spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz 400€ exkl. Reise- und Übernachtungskosten.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter.

Bestätigungsschreiben des ärztlichen Tutors

Supervision des Antragsstellers

Fortbildung Spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz (MFA)

Frühjahrskurs

Herbstkurs

Charakteristika und Aufgaben des Ärztlichen Tutors während des Lehrgangs

Der Tutor ist ein in der Betreuung von Herzinsuffizienzpatienten erfahrener Arzt, möglichst mit Zusatzbezeichnung Kardiologie.

→Er bespricht die während des Telefon-Monitorings erhaltenen Informationen und die daraus resultierenden therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen.

→Er formuliert mit dem Kursteilnehmer die Behandlungsziele (medikamentös und nicht-medikamentöse) und überprüft deren Umsetzung.

Bestätigung des Tutors

Hiermit bestätige ich, dass ich Frau/Herr _____
während der o.g. Fortbildung supervidieren und anleiten werde.

Titel/Name des Tutors
mit Adresse der Klinik/Praxis (ggf. Stempel)

Unterschrift