

Diese Bescheinigung muss folgende Angaben enthalten:

1. Name, Vorname
2. Geburtsdatum, Geburtsort
3. Name der Einrichtung/ Station
4. Zeitraum der Tätigkeit (von/ bis)
5. Aussage über Fehlzeiten
6. Unterschrift der Pflegedienstleitung
7. Stempel/ Siegel der Einrichtung

Die Anrechnung nach Nr. 5 erfolgt durch Nachweis des entsprechenden Ausbildungsabschlusses. In den Fällen 1 – 5 ist eine Anrechnung beim LPA zu beantragen. Die Nachweise sind im Original und zusätzlich in Kopie einzureichen. Die Anrechnung ist mit 20,00 Euro bis 40,00 Euro gebührenpflichtig.

Fristen

Bei der Meldung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung hat der Studierende der Medizin im Regelstudiengang insgesamt drei Monate Krankenpflegedienst nachzuweisen (Modellstudiengang s. oben unter „Allgemeines“), **z.B. 15.01. bis 14.04. = 3 Monate; 22.07. bis 21.08. = 1 Monat**. Der anrechnungsfähige Mindestzeitraum umfasst einen Monat in einer Einrichtung.

Einrichtungen des Krankenpflegedienstes

Der Krankenpflegedienst kann in den Krankenhäusern oder in Rehabilitationseinrichtungen grundsätzlich auf allen Stationen abgeleistet werden, auf der **grundpflegerische** Tätigkeiten anfallen und Patienten **stationär behandelt** werden. **Nicht anerkannt werden** angeschlossene Pathologische Institute, Laboratorien, Notfallambulanzen und Polikliniken.

Krankenpflegedienst im Ausland

Bei einem Krankenpflegedienst im Ausland erfolgt der Nachweis auf dem beigefügten Vordruck „Certificate on patient care training“ oder durch eine formlose Bescheinigung auf einem Kopfbogen der Einrichtung mit folgenden Angaben:

1. Name, Vorname
2. Geburtsdatum, Geburtsort
3. Name der Einrichtung/ Station
4. Zeitraum der Tätigkeit (von/ bis)
5. Tätigkeitsbeschreibung (Grundpflege)
6. Aussage über Fehlzeiten
7. Unterschrift der Pflegedienstleitung
8. Stempel/ Siegel der Einrichtung (evtl. amtlich beglaubigte Übersetzung)

Ein im Ausland geleisteter Krankenpflegedienst muss durch das LPA auf Antrag (s. Anlage) angerechnet werden. Der Nachweis ist im Original und in Kopie in deutscher oder englischer Sprache einzureichen. Die weiterhin beizufügenden Unterlagen können dem Antrag auf Anerkennung entnommen werden. Bescheinigungen in anderer Sprache sind durch einen vereidigten Dolmetscher zu übersetzen.

Bitte beachten Sie, dass ein **Krankenpflegepraktikum in Österreich** wegen fehlender Gleichwertigkeit **nicht anerkannt** werden kann.

KRANKENPFLEGEDIENST

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G11312
Billstraße 80
20539 Hamburg

Dem Antrag ist beizufügen:	
Original <u>und</u> Kopie der Bescheinigung	<input type="checkbox"/>
Semesterbescheinigung	<input type="checkbox"/>
Übersicht zu den semesterfreien Zeiten	<input type="checkbox"/>

Antrag auf Anerkennung des Krankenpflegedienstes gem. § 6 Abs. 2 und 3 ÄAppO

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Name:	
Vorname/n:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Matrikelnummer:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Anschrift (Meldeanschrift):	

Ich beantrage die Anerkennung meiner nachfolgend aufgeführten krankenpflegerischen Tätigkeit/en auf den nach § 6 ÄAppO geforderten Krankenpflegedienst.

Name der Einrichtung/ Ausbildungsberuf	Station/Fachrichtung	Zeitraum	
		vom	bis

Die Anrechnung des Krankenpflegedienstes ist gemäß der Tarifnr. 1.1.6.3 der Anlage zur Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen in der aktuellen Fassung mit 20,-€ bis 40,-€ gebührenpflichtig und wird per Gebührenbescheid erhoben.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 5 (zu § 6 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO)

Zeugnis

über den Krankenpflegedienst im Rahmen der ärztlichen Ausbildung

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflegedienst abgeleistet.

Dauer des Krankenpflegedienstes:

vom _____ bis _____

Die Ausbildung ist

- unterbrochen worden vom _____ bis _____
- nicht unterbrochen worden.

(Siegel oder Stempel des Krankenhauses)

Ort, Datum

Name des Krankenhauses

Unterschrift Leitung des Pflegedienstes

CERTIFICATE On patient care training

Name, first name	
Date of birth:	
Place of birth:	
From (home faculty)	

has attended patient care training under my supervision.

(Name of hospital)

Date of attendance:

from _____ to _____

Interruptions:

yes: from _____ to _____

no

The training has been done on a ward of the following clinical department/ unit:

The student has been introduced into the following patient care activities:

(Seal or stamp)

Place, date

Name of hospital

Signature head of nursing staff