Ansprechpartnerin:
Frau Kirstin Lemke, Zimmer 0.02
Telefon: (040) 428 37 – 3797
E-Fax: (040) 427 31 – 0104
E-Mail: Kirstin.Lemke@bgv.hamburg.de

Landesprüfungsamt für Heilberufe
Billstraße 80, D-20539 Hamburg

Öffnungszeiten:
Montag, Dienstag: 09.00 - 12.00 Uhr
Donnerstag: 13.00 - 16.00 Uhr

Hinweise zum Krankenpflegedienst

gemäß § 6 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) in der derzeit geltenden Fassung.

Allgemeines

Der **dreimonatige** Krankenpflegedienst ist vor Beginn des Studiums oder während der unterrichtsfreien Zeiten des Studiums vor der Meldung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung an einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung mit einem vergleichbaren Pflegeaufwand abzuleisten. Er hat den Zweck, die Studierenden in Betrieb und Organisation eines Krankenhauses einzuführen und mit den üblichen Tätigkeiten der Krankenpflege vertraut zu machen. Der Krankenpflegedienst kann zu jeweils einem Monat abgeleistet werden.

Anrechnung Krankenpflegedienst

Die Ableistung des Krankenpflegedienstes ist bei der Meldung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung durch die Bescheinigung der Anlage 5 ÄAppO zu dieser Verordnung (s. Anlage) nachzuweisen.
Auf den Krankenpflegedienst sind anzurechnen:

1. eine krankenpflegerische Tätigkeit im Sanitätsdienst der Bundeswehr oder in vergleichbaren Einrichtungen,
2. eine krankenpflegerische Tätigkeit im Rahmen eines freiwilligen sozialen Jahres nach den Vorschriften des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder nach den Vorschriften des Jugendfreiwilligendienstgesetzes,
3. eine krankenpflegerische Tätigkeit im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes nach den Vorschriften des Bundesfreiwilligendienstgesetzes,
4. eine krankenpflegerische Tätigkeit im Rahmen eines Zivildienstes nach den Vorschriften des Zivildienstgesetzes.
5. eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als Hebamme oder Entbindungspfleger, als Rettungsassistentin oder Rettungsassistent, als Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter, in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege oder Altenpflege sowie eine erfolgreich abgeschlossene landesrechtlich geregelte Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe.

Die Anrechnung vom Krankenpflegedienst nach Nr. 1 - 4 kann durch eine formlose Bescheinigung auf einem Kopfbogen der Einrichtung erfolgen. Zusätzlich muss eine Tätigkeitsbeschreibung vorgelegt werden.

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 Landesprüfungsamt für Heilberufe (LPA) zu beantragen. Die Nachweise sind im Original und zusätzlich in Kopie einzureichen. Die Anrechnung ist mit 20,00 Euro gebührenpflichtig.

Fristen

Bei der Meldung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung hat der Studierende der Medizin insgesamt 3 Monate Krankenpflegedienst nachzuweisen, z.B. 15.01. bis 14.04. = 3 Monate. Der anrechnungsfähige Mindestzeitraum umfasst 1 Monat in einer Einrichtung.

Einrichtungen des Krankenpflegedienstes

Der Krankenpflegedienst kann in den Krankenhäusern oder in Rehabilitationseinrichtungen grundsätzlich auf allen Stationen abgeleistet werden, bei denen **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 in deutscher oder englischer Sprache einzureichen. Zusätzlich ist eine einfache Kopie sowie eine aktuelle Semesterbescheinigung beizufügen. 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.

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

Vermerk vom LPA:
Original lag vor: ☐
Kopie beigefügt: ☐
Semesterbescheinigung ☐

Antrag „Anerkennung Krankenpflegedienst“

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Name:	
Vorname/n:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Geschlecht:	☐ weiblich ☐ 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 von Krankenpflegedienst gemäß § 6 der ÄAppO ist gemäß der Tarifnr. 1.1.6.3 der Anlage zur Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen mit einer Gebühr mit derzeit € 20,- 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 des Leiters 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 stuff