

# Bewerbung/Anmeldung zu einer Weiterbildung im Fachgebiet:



Staatlich anerkannte Weiterbildungen (Grund-/Aufbaustufe*)				Sonstige berufliche Weiterbildungen	
GS*	AS*		GS*	AS*	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allgemeine Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endoskopiedienst
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leitungsaufgaben in Gesundheitseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationsdienst
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologie (Modellprojekt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxisanleitung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intensivpflege und Anästhesie in der Kinder- und Jugendmedizin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intensivpflege und Anästhesie im Erwachsenenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zusatzqualifikation Psychosomatik und Psychotherapie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Notfallpflege			
<input type="checkbox"/> Fachkunde I (Techn. Steri ass.) <input type="checkbox"/> Fachkunde II (Techn. Steri ass.) <input type="checkbox"/> Intermediate Care (IMC) <input type="checkbox"/> Strahlenschutz Anlage 10 <input type="checkbox"/> Strahlenschutz Anlage 11 <input type="checkbox"/> Kurzweiterbildung Onkologie <input type="checkbox"/> Sachkundelehrgang Endoskopie <input type="checkbox"/> Ergänzungslehrgang Endoskopie <input type="checkbox"/> Familienzentrierte Versorgung in der Neonatologie					

Name:  Vorname:   
 Geburtsdatum:  Geburtsort:

**Selbstzahler**
 **Delegierung**

### Privatanschrift Teilnehmer

Straße:   
 PLZ:  Ort:   
 Telefon:  Mobil:   
 E-Mail:   
 Datum:  **Unterschrift:** .....

### Anschrift des Arbeitgebers

Einrichtung:   
 Bereich/Station:   
 Straße:   
 PLZ:  Ort:   
 Telefon:  E-Mail:

### vom Arbeitgeber auszufüllen:

**Delegierung** (Bestätigung der Kostenübernahme)    Kostenstelle UKD: \_\_\_\_\_  
(notwendig bei Delegierung durch das UKD)

Bei Kostenübernahme durch das UKD geben Sie bitte den Anteil der Kostenübernahme an:

100 % UKD     50 % UKD     0 % UKD

Freistellung (an Präsenztagen) während der Qualifizierung:

zu 100 % bezahlt     zu 50 % bezahlt     unbezahlt

Datum: \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** .....

## **Der Bewerbung/Anmeldung fügen Sie bitte bei:**

### **➤ Staatlich anerkannte Weiterbildungen (Grund-/Aufbaustufe/Zusatzqualifikationen)\***

### **➤ Sonstige berufliche Weiterbildungen (IMC/KWB Onkologie...)**

- Bewerbungsschreiben und tabellarischer Lebenslauf
- Dokumentation Impfstatus (entfällt bei Zusatzqualifikation PSO)
- Nachweis über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung sowie Erfahrungen auf dem entsprechenden Fachgebiet, nähere Hinweise finden Sie jeweils im aktuellen Jahresprogramm
- Kopie des Zeugnisses über die staatliche Prüfung im Ausbildungsberuf
  - \* für staatlich anerkannte Weiterbildungen ist eine Beglaubigung notwendig
- Kopie der Berufserlaubnis \* für staatlich anerkannte Weiterbildungen ist eine Beglaubigung notwendig

### **➤ Strahlenschutz nach Anlage 10 bzw. Anlage 11**

---

- Kopie der Berufserlaubnis einer medizinischen Ausbildung
- Strahlenschutz nach Anlage 11: Zertifikat nach Anlage 10

### **➤ Fachkunde I und II (Technische/-r Sterilisationsassistent/-in)**

---

- Bewerbungsschreiben und tabellarischer Lebenslauf
- für Fachkunde I:
  - Nachweis der Tätigkeit von mindestens 150 Stunden in einer Aufbereitungseinheit
  - Nachweis Tätigkeitskatalog der DGSV
  - Dokumentation Impfstatus
- für Fachkunde II:
  - Erklärung über die praktische Tätigkeit in einer Aufbereitungseinheit
  - Zertifikat Fachkunde I Technische/-r Sterilisationsassistent/-in der DGSV
  - Nachweis Hospitationsbericht der DGSV
  - Nennung des Mentors mit FK II und Vorlage der Kopie des Zertifikates FK II

### **➤ Sachkundelehrgang/Ergänzungslehrgang Endoskopie**

---

- Delegation der Einrichtung/Kostenübernahme

Für Sachkundelehrgang Endoskopie zusätzlich:

- Kopie des Abschlusszeugnisses im Ausbildungsberuf
- Kopie der Berufserlaubnis

Für Ergänzungslehrgang Endoskopie zusätzlich:

- DGSV/SGSV-Zertifikat des Sachkundelehrganges I
- DGSV/SGSV-Zertifikat des Sachkundelehrganges in der ärztlichen/zahnärztlichen Praxis
- Hospitationsbericht

### **➤ Familienzentrierte Versorgung in der Neonatologie**

---

- Bewerbungsschreiben und tabellarischer Lebenslauf
- Delegation der Einrichtung/Kostenübernahme
- Kopie der Berufserlaubnis, Nachweis Studienabschluss bzw. Approbation

---

#### **Carus Akademie**

am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
Fachbereich Berufliche Weiterentwicklung  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
Fax: 0351 458-5761  
E-Mail: carusakademie@uniklinikum-dresden.de  
Ihre Ansprechpartner zu den Weiterbildungen finden Sie auf unserer Website [www.uniklinikum-dresden.de](http://www.uniklinikum-dresden.de)

Besucheradresse:  
Alemannenstraße 14, 01309 Dresden

Stand: 05/2018