



## Antrag auf Anerkennung der Zusatzbezeichnung

### NOTFALLMEDIZIN

Bitte Rückseite beachten!

\*)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

derz. Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Staatsexamen, Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

"AiP"-Erlaubnis, Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Approbation, Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Promotion, Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Anerkennung als Arzt/Facharzt für \_\_\_\_\_

ausgesprochen am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

\*) bitte in Blockschrift ausfüllen

Dem Antrag sind insbesondere folgende Unterlagen im Original oder als beglaubigte Kopie beizufügen:

- Teilnahmebescheinigung über den 80-Stunden-Kurs
- Anlage 1: Einzelnachweise (bitte ausfüllen, unterzeichnen und abstempeln lassen)
- Anlage 2: Dokumentationsbogen (bitte selber ausfüllen und unterzeichnen lassen)

# Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten zur Erlangung der Zusatzbezeichnung NOTFALLMEDIZIN

Bitte nur die für die Anerkennung der Zusatzbezeichnung erforderlichen Zeiten (24 Monate stationäre Patientenversorgung und 6 Monate Intensivmedizin, Anästhesiologie oder Notfallaufnahme) mit detaillierter Angabe von eventuellen Teilzeittätigkeiten.

Insbesondere detaillierte Darstellung der

Nr.	Weiterbildungsstätte:		Name	Abteilung	Name des Weiterbilders	Zeit in Monaten
	von	bis				

Hiermit erkläre ich, daß

1. ich bisher bei keiner weiteren Ärztekammer einen Antrag auf Anerkennung dieser **Bezeichnung** gestellt habe,
2. in keinem Fall - in folgenden Fällen - ein von mir gestellter Antrag abgewiesen worden ist oder ein Verfahren hierüber noch läuft,  
\_\_\_\_\_
3. ich bereits folgende Anerkennungen (Gebiet, Teilgebiet/Schwerpunkt, Fakultative Weiterbildung, Zusatzbezeichnung) erhalten habe:  
\_\_\_\_\_

Bremen/Bremerhaven,

den \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift

Diese Spalte wird nur von der Ärztekammer Bremen ausgefüllt:

Originale lagen vor   
 beglaubigte Kopien lagen vor

Antrags-Nr.:  
 Ausschußsitzung am:  
 Benachrichtigung über Prüfungszulassung am:  
 Prüfungseinladung am:  
 Prüfungsdatum:  
 Prüfer:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Vorsitz)

1. Prüfungsergebnis:  
 2. Prüfungsgegenstand:  
 siehe Prüfungsprotokoll (Anlage)

1. Wiederholungsprüfung:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Vorsitz)

2. Wiederholungsprüfung:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Vorsitz)

HINWEISE für die/den Antragsteller/in:

1. dem Antrag sind im Original oder als beglaubigte Kopie beizufügen:
  - a) alle für die Anerkennung relevanten Zeugnisse und Bescheinigungen über die ärztliche Tätigkeit
  - b) Arbeitsverträge zu den relevanten Weiterbildungsabschnitten
  - c) Urkunden (Approbations-, Promotionsurkunde)
2. Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus, insbesondere auch die Spalte „Zeit in Monaten“.
3. Bitte geben Sie hier für Rückfragen eine Telefonnummer an:

dienstlich:  privat:
----------------------------

Für die Bearbeitung eines Antrages auf Anerkennung einer Zusatzbezeichnung wird eine Gebühr in Höhe von € 150,- erhoben. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir mit der Bearbeitung Ihres Antrages erst nach Zahlungseingang beginnen können.

- Zahlung per Überweisung an: *Deutsche Apotheker und Ärztebank*  
Kontonummer 000 12 16 457  
BLZ 290 906 05  
Verwendungszweck: WB/ZB/Name

- Ermächtigung für Lastschrift im Einzugsverfahren (einmalig)  
Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Bremen widerruflich, die von mir zu entrichtende einmalige Zahlung zu Lasten meines Girokontos mit der Kontonummer : \_\_\_\_\_,  
BLZ: \_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_  
durch Lastschrift im Einzugsverfahren einzuziehen.

- Bareinzahlung (nicht per Posteingang)      Empfang bestätigt \_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

\_\_\_\_\_ Ort/Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers/Kontoinhabers

**- EINZELNACHWEISE -**

zur Erlangung der Zusatzbezeichnung NOTFALLMEDIZIN

*gemäß den „Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung“ und der „Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen“ vom 1. April 2005*

**BEARBEITUNGSHINWEIS**

Dieses Formular gilt nur für Weiterbildungszeiten, die in **Bremen/ Bremerhaven** absolviert wurden. Sollten Sie die Weiterbildung in einem anderen Bundesland abgeleistet haben, sind die Inhalte durch ein entsprechendes Zeugnis sowie Bescheinigungen nachzuweisen, die von einem entsprechend befugten Weiterbilder unterzeichnet sind.

Die **Punkte 1 bis 2** sind vom befugten Weiterbilder (z. B. Chefarzt der Anästhesie) zu unterzeichnen und abzustempeln. Bitte achten Sie darauf, dass der Name des Weiterbilders leserlich ist, falls dieser nicht auf dem Stempel ersichtlich ist.

**Punkt 3** ist von dem für die Notfallmedizin verantwortlichen Arzt (Koordinator) der Klinik zu unterzeichnen und abzustempeln.

Hiermit wird bescheinigt, dass Frau/ Herr \_\_\_\_\_ geboren  
am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ über folgende Eignungsvoraussetzungen zur  
Erteilung der Zusatzbezeichnung NOTFALLMEDIZIN verfügt:

**1. Weiterbildungszeit**

Mindestens 24 Monate stationäre Patientenversorgung, davon mindestens 6 Monate Weiterbildung in der Intensivmedizin, Anästhesiologie oder in der Notfallaufnahme, welche von der Ärztekammer entsprechend anerkannt ist.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name/ Stempel

**2. Weiterbildungsinhalte**

In der stationären Tätigkeit hat Frau/ Herr \_\_\_\_\_ Kenntnisse und Erfahrungen in der Erkennung und Behandlung akuter Störungen der Vitalfunktionen einschließlich der dazu erforderlichen instrumentellen und apparativen Techniken erworben.

**Bitte wenden! =>**

Hierzu gehören insbesondere:

- endotracheale Intubation
- manuelle und maschinelle Beatmung
- kardio-pulmonale Wiederbelebung
- Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich Anlage zentralvenöser Zugänge und Thoraxdrainage
- der Notfallmedikation einschließlich Analgesierungs- und Sedierungsverfahren
- der sachgerechten Lagerung von Notfallpatienten
- der Herstellung der Transportfähigkeit

---

Unterschrift

---

Name/ Stempel

### 3. Einsätze

Die geforderten 50 Einsätze wurden unter der unmittelbaren Leitung eines erfahrenen Notarztes, der selbst über die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin verfügt und nach Erwerb der Anerkennung mindestens 50 Einsätze eigenverantwortlich gefahren ist, durchgeführt.

ja / nein

---

Unterschrift

---

Name/ Stempel

**- DOKUMENTATIONSBOGEN -**

zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin  
Übersicht der Einsätze im Notarztwagen/ Rettungshubschrauber  
*(Im Einzelfall behält sich die Ärztekammer vor, die Einsatzprotokolle nachzufordern)*

Nr.	Initialen des Patienten	Übergabediagnose	NACA-Score	Datum	Unterschrift des erfahrenen, verantwortlichen Notarztes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

Nr.	Initialen des Patienten	Übergabediagnose	NACA-Score	Datum	Unterschrift des erfahrenen, verantwortlichen Notarztes
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					

---

Unterschrift des Antragstellers