



EINSATZNACHWEISLISTE

Nachweis von 50 Notarzteinsätzen zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Name, Geburtsdatum						
Nr.	Einsatznr. (NA-Pr.-Nr.)	Datum	Patient (Initialien)	Alter (Jahre)	Notfallgeschehen/Diagnosen/Maßnahmen	Notarzt (nur Name)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
Unterschrift: (Ärztlicher Leiter Rettungsdienst bzw. benannte ärztliche Person)						

Name, Geburtsdatum						
Nr.	Einsatznr. (NA-Pr.-Nr.)	Datum	Patient (Initialien)	Alter (Jahre)	Notfallgeschehen/Diagnosen/Maßnahmen	Notarzt (nur Name)
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
Unterschrift: (Ärztlicher Leiter Rettungsdienst bzw. benannte ärztliche Person)						

Name, Geburtsdatum						
Nr.	Einsatznr. (NA-Pr.-Nr.)	Datum	Patient (Initialien)	Alter (Jahre)	Notfallgeschehen/Diagnosen/Maßnahmen	Notarzt (nur Name)
49						
50						

Bemerkungen (ggf. Eignungsvermerk):

Ich bestätige, dass die Antragstellerin/der Antragsteller strukturierte Einsatznachbesprechungen selbstverantwortlich durchführen kann (geforderte Handlungskompetenz gemäß WBO 2020).

Ort, Datum, Unterschrift (mit Stempel)

(Ärztlicher Leiter Rettungsdienst bzw. benannte ärztliche Person)

(Name:)