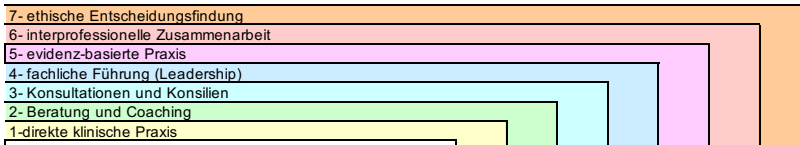


Beispiel Supervidierte Praxis "APN auf onkologischer Station"

Name, Vorname:



Jahr	Tätigkeit	Stunden aufgeteilt nach Bereich nach Hamric et al							Supervidierende Person email-Adresse, Telefonnummer	Beruf und Funktion der supervidierende Person	
		1	2	3	4	5	6	7			
2022	Co-Fallführung von Patient mit Tumorerkrankung mit Oberärztin		10							Dr. med. Z.Z., Telefonnr. Oder E-Mail Adresse	Oberärztin Akutgeriatrie
2022	Behandlungs- und Pflegeplan erstellen mit Oberärztin							8		Dr. med. Z.Z. Telefonnr. oder E-Mail Adresse	Oberärztin Akutgeriatrie
2021	Fachliche Führung, Coaching und Beratung vom involvierten Pflegeteam in komplexen Situationen bei Patienten mit Tumorerkrankung				20					Dr. med. Z.Z., Telefonnr. oder E-Mail Adresse + Anna Muster, BSc, MAS Mangement, E-Mail oder Telefonnr.	Oberärztin Akutgeriatrie / Abteilungsleitung Pflege
2021	Schulungs- und Beratungsgespräche von Patientinnen mit Mamma CA stationär		12							Martina Muster, MScN, PhD, Telefonnr. oder E-Mail Adresse	Fachbereichsleiterin Pflege, innere Medizin
2021	Beratung und Coaching von Angehörigen		5							Dr. med.V.V., Telefonnr. Oder E-Mail Adresse	Oberärztin Onkologie
2021	Angehörigengruppe zu Themen Palliation und assistiertem Suizid								4	Dr. phil. A.A., Psychologin, Telefonnr. oder E-Mail Adresse	Onkopsychologin
2021	Diagnosegespräch und Untersuchung von Tumorpatienten	10								Dr. med.M.B., Telefonnr. Oder E-Mail Adresse	Oberarzt Onkologie
2021	Durchführung von Pflegekonsilien bei Tumorpatienten auf chirurgischen Abteilungen			5						Anna Muster, BScN, Telefonnr. oder E-Mail Adresse	Leiterin Pflege Chirurgie
2021	Mitarbeit bei der Erstellung evidenzbasierter Pflegestandards						6			Hanna Schulung, MScN, Telefonnr. oder E-Mail Adresse	Pflegeexpertin APN-CH
2021	Vorbereitung und Durchführung von interprofessionellen Teambesprechungen							8		Prof. Dr. med. xy, Telefonnr. oder E-Mail Adresse	Chefarzt Onkologie
	Stunden total	10	27	5	20	6	16	4			
	Erforderliches Total nach Kompetenzen		37		25			26			
	TOTAL h										88

Der/die Unterzeichnete erklärt/bestätigt durch seine/ihre Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgetreu und den Tatsachen entsprechend erfolgt sind. Die oben aufgeführten Personen sind über die Angaben informiert worden und haben der/dem Unterzeichnenden ihre Zustimmung erteilt. Für Folgen unrichtiger und/oder unvollständiger Angaben behält sich der Verein APN-CH entsprechende Rückgriffsrechte vor.

Ort, Datum Unterschrift der/des Antragstellerin/s Registrierung
 Als Unterschrift reicht das Eintragen des vollständigen Namen.

Erläuterungen bei allfälligen Defiziten

Diese Seite muss nur ausgefüllt werden, falls nicht in allen Kompetenzen die erforderlichen Stunden erreicht werden konnten.

Bitte erläutern Sie, weshalb Sie die Anforderungen nicht erfüllen können.

Kompetenz Nr.:	
Erläuterung:	

Kompetenz Nr.:	
Erläuterung:	