An die Kursleitung

„Herzinsuffizienz Weiterbildung“

PD Dr. Christina Magnussen

Universitäres Herz- und Gefäßzentrum

Martinistraße 52

20246 Hamburg

**Anmeldung**

**Fortbildung Spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz (MFA)**

□ Frühjahrskurs □ Herbstkurs

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Geburtsort: |
| Straße/Hausnummer: | |
| PLZ/Wohnort: | |
| Telefon dienstlich: | Telefon mobil: |
| E-Mail: | |
| Berufsausbildung als: | |
| Arbeitgeber mit Adresse: | |
| Tätig in Abteilung: | Tätig als: |
| Für folgenden Arbeitsbereich vorgesehen: | |
| Rechnungsadresse: □ gleich Arbeitgeber □ sonstige: | |
|  | |

**Bitte fügen Sie Ihrer Anmeldung folgende Unterlagen bei:**

**1. Tabellarischer Lebenslauf 2. Kopie des Zeugnisses der Berufsausbildung  
3. Informelles Befürwortungsschreiben des medizinischen Tutors, dass dieser die Fortbildung des Antragstellers am Heimatkrankenhaus/in der Heimatpraxis supervidiert. (Beispiel siehe Beiblatt)**

Die Teilnahmebedingungen wurden mir ausgehändigt und werden hiermit anerkannt.  
  
Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Antragssteller/in  
  
Befürwortet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Datum/Unterschrift Vorgesetzte/r

**Lehrgangsgebühren**:  
→Spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz 400€ exkl. Reise- und Übernachtungskosten.  
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter.

**Bestätigungsschreiben des ärztlichen Tutors**

**Supervision des Antragsstellers**

**Fortbildung Spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz (MFA)**

□ Frühjahrskurs □ Herbstkurs

**Charakteristika und Aufgaben des Ärztlichen Tutors während des Lehrgangs**  
Der Tutor ist ein in der Betreuung von Herzinsuffizienzpatienten erfahrener Arzt, möglichst mit Zusatzbezeichnung Kardiologie.  
  
→Er bespricht die während des Telefon-Monitorings erhaltenen Informationen und die daraus resultierenden therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen.  
  
→Er formuliert mit dem Kursteilnehmer die Behandlungsziele   
(medikamentös und nicht-medikamentöse) und überprüft deren Umsetzung.

**Bestätigung des Tutors**  
Hiermit bestätige ich, dass ich Frau/Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
während der o.g. Fortbildung supervidieren und anleiten werde.

Titel/Name des Tutors Unterschrift  
mit Adresse der Klinik/Praxis (ggf. Stempel)