

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"/>	Psychosomatik und Psychotherapie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leitungsaufgaben in Gesundheitseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endoskopiedienst
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologie (Modellprojekt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationsdienst
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxisanleitung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intensivpflege und Anästhesie im Erwachsenenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intensivpflege und Anästhesie in der Kinder- und Jugendmedizin
<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"/> Demenz und Pflege					

Name: Vorname:
 Geburtsdatum: Geburtsort:

1. **Selbstzahler** (bitte 1. ausfüllen) 2. **Delegierung** (bitte 2. ausfüllen)

1. Selbstzahler (Privatanschrift)

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

2. Delegierung (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 75 % UKD 50 % UKD 25 % 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)***

➤ **Sonstige berufliche Weiterbildungen außer Strahlenschutz und Fachkunde**

- Bewerbungsschreiben
 - Tabellarischer Lebenslauf
 - 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
- Tabellarischer Lebenslauf
- für Fachkunde I:
 - Nachweis der Tätigkeit von mindestens 150 Stunden in einer Aufbereitungseinheit
 - Nachweis Tätigkeitskatalog der DGSV
- 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

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

Besucheradresse:
Alemannenstraße 14, 01309 Dresden