



Formblatt Ausbildungsplan

Bitte mit den Vertragsunterlagen zurück an die Ärztekammer schicken!

Name der:des Auszubildenden

Name, Vorname

Ausbildungsinhalte

Als Ausbilder:in sind Sie gem. § 2 Nr. 1 des Berufsausbildungsvertrages und dem Berufsbildungsgesetz verpflichtet, alle vorgeschriebenen Ausbildungsinhalte zu vermitteln. Andernfalls dafür Sorge zu tragen, dass diese außerbetrieblich vermittelt werden.

1 Ausbildungsberuf

Berufsbildung, Arbeits- und Tarifrecht | Stellung des Ausbildungsbetriebes im Gesundheitswesen | Anforderungen an den Beruf | Organisation und Rechtsform des Ausbildungsbetriebes | Gesetzliche und vertragliche Bestimmungen der medizinischen Versorgung

Ja Nein

2 Maßnahmen der Arbeits- und Praxishygiene, Schutz vor Infektionen

Flächendesinfektion, Händedesinfektion u.v.m.

Ja Nein

3 Kommunikationsformen und -methoden, Verhalten in Konfliktsituationen

Ja Nein

4 Betreuung und Beratung von Patienten, Betriebs- und Arbeitsabläufe

Terminkoordinierung | Situationsgerechte Kommunikation mit Patienten u.v.m.

Ja Nein

5 Qualitäts- und Zeitmanagement, Arbeiten im Team, Marketing

Ja Nein

6 Verwaltungsarbeiten und Materialbeschaffung

Sprechstundenbedarf | Formularwesen u.v.m.

Ja Nein

7 Abrechnungswesen

GOÄ | EBM

Ja Nein

8 Informations- und Kommunikationssysteme, Dokumentation, Datenschutz und Datensicherheit

Ja Nein

9 Assistenz bei ärztlicher Diagnostik und Therapie, Umgang mit Arzneimittel, Sera und Impfstoffen sowie Heil- und Hilfsmittel

Venöse Blutentnahme | Impfungen | Injektionen | EKG |
Wundversorgung/Verbände | Harnteststreifenuntersuchung
| Blutdruck- und Pulsmessung u.v.m.

Ja Nein

10 Handeln bei Not-und Zwischenfällen

Ja Nein

11 Umweltschutz

Ja Nein

12 Nicht zu vermittelnde Fertigkeiten werden vermittelt durch

Name, Vorname

Der/die ausbildende Ärztin/Arzt trägt die Kosten für die Maßnahmen!

13 Hospitationen

Ja Nein

Bitte tragen Sie die Orte der außerbetrieblichen Ausbildung im Ausbildungsvertrag unter § 2 Abs. 11 ein

14 Kurs „Überbetriebliches Angebot“ der Fortbildungsakademie Ärztekammer Hamburg

Ja Nein

Ort, Datum

[Empty box for signature]

Unterschrift der ausbildenden Ärztin / des ausbildenden Arztes und Praxisstempel