

Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim

Carl-Oelemann-Schule

Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen
medizinischer Fachberufe

An die Interessenten
zur Teilnahme an der Lernerfolgskontrolle
für die Module VERAHplus

Carl-Oelemann-Weg 5 - 61231 Bad Nauheim
Telefon: 06032 782-100 Telefax: 06032 782-180
E-Mail: verwaltung.cos@laekh.de
Internet: www.carl-oelemann-schule.de

Ihr Zeichen

(bitte immer angeben)
Unser Zeichen:
jablo

Datum:
Dezember 2022

Information: Teilnahme an der Lernerfolgskontrolle zur Fortbildung VERAHplus

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben gemäß dem Memorandum of Understanding zwischen der Bundesärztekammer und dem Deutschen Hausärzterverband / Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) an den Modulen VERAHplus teilgenommen. Entsprechend dem Memorandum möchten Sie nun Ihre Fortbildung mit der Teilnahme an einer Lernerfolgskontrolle abschließen.

Zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der Landesärztekammer Hessen / Carl-Oelemann-Schule wurde vereinbart, dass die Schule die Lernerfolgskontrolle inkl. der Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen durchführt.

Zur Anmeldung bitten wir Sie, das beigefügte Anmeldeformular (siehe separate Anlage) zu verwenden sowie die nachfolgend aufgeführten Unterlagen einzureichen:

- Nachweis der abgeschlossenen Berufsausbildung zum/zur Arzthelfer/in oder Medizinischen Fachangestellten oder einem qualifizierten Abschluss nach dem Krankenpflegegesetz
- Nachweis über die Dauer Ihrer Berufstätigkeit in einer hausärztlichen/fachärztlichen Praxis
- Nachweis der erfolgreich abgeschlossenen Fortbildung zum/zur VERAH
- Nachweis der Teilnahme an den Modulen der VERAHplus-Fortbildung
- Nachweis von 20 Hausbesuchen (Hausbesuchsprotokolle), anonymisiert

Die Lernerfolgskontrollen finden an verschiedenen Terminen und Durchführungsorten in Hessen statt (siehe Anlage 1). Für die Teilnahme berechnen wir eine Gebühr von 60,00 €.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.


Karin Jablotschkin

Verwaltungsleiterin Bildungswesen

Anlagen

Anlage 1: Terminplanung

Anlage A: Muster-Vorlage „Hausbesuchsprotokoll“

Anlage separat: Anmeldeformular



**Termine und Durchführungsort
„Lernerfolgskontrolle für die Fortbildung VERAHplus, VERAH zur NÄPA“**

Veranstaltungsnummer	Termin	Anmeldeschluss	Durchführungsort
23_LK_VERAH_177	Mittwoch, 08.02.2023 14:00 Uhr	18.01.2023	Bezirksärztekammer Marburg Gisselberger Straße 31 35037 Marburg
23_LK_VERAH_178	Mittwoch, 15.03.2023 , 14:00 Uhr	22.02.2023	Bezirksärztekammer Frankfurt Hanauer Landstraße 152 60314 Frankfurt
23_LK_VERAH_179	Mittwoch, 29.03.2023 14:00 Uhr	08.03.2023	Carl-Oelemann-Schule Carl-Oelemann-Weg 5 61231 Bad Nauheim
23_LK_VERAH_180	Mittwoch, 17.05.2023 14:00 Uhr	26.04.2023	Bezirksärztekammer Darmstadt Wilhelminenplatz 8 64283 Darmstadt
23_LK_VERAH_181	Mittwoch, 31.05.2023 14:00 Uhr	10.05.2023	Bezirksärztekammer Wiesbaden Bierstadter Straße 17 65189 Wiesbaden
23_LK_VERAH_182	Mittwoch, 07.06.2023 14:00 Uhr	17.05.2023	Bezirksärztekammer Gießen Georg-Schlosser-Straße 6a 35390 Gießen
23_LK_VERAH_183	Mittwoch, 21.06.2023 14:00 Uhr	31.05.2023	Bezirksärztekammer Kassel Tischbeinstraße 32 34121 Kassel
23_LK_VERAH_184	Mittwoch, 19.07.2023 14:00 Uhr	28.06.2023	Bezirksärztekammer Wiesbaden Bierstadter Straße 17 65189 Wiesbaden
23_LK_VERAH_185	Mittwoch, 02.08.2023 14:00 Uhr	12.07.2023	Carl-Oelemann-Schule Carl-Oelemann-Weg 5 61231 Bad Nauheim
23_LK_VERAH_186	Mittwoch, 23.08.2023, 14:00 Uhr	02.08.2023	Bezirksärztekammer Frankfurt Hanauer Landstraße 152 60314 Frankfurt
23_LK_VERAH_187	Mittwoch, 06.09.2023 14:00 Uhr	16.08.2023	Bezirksärztekammer Gießen Georg-Schlosser-Straße 6a 35390 Gießen
23_LK_VERAH_188	Mittwoch, 27.09.2023 14:00 Uhr	06.06.2023	Bezirksärztekammer Kassel Tischbeinstraße 32 34121 Kassel
23_LK_VERAH_189	Mittwoch, 08.11.2023 14:00 Uhr	18.10.2023	Bezirksärztekammer Marburg Gisselberger Straße 31 35037 Marburg
23_LK_VERAH_190	Mittwoch, 15.11.2023 14:00 Uhr	25.10.2023	Bezirksärztekammer Darmstadt Wilhelminenplatz 8 64283 Darmstadt
23_LK_VERAH_191	Mittwoch, 22.11.2023, 14:00 Uhr	01.11.2023	Bezirksärztekammer Frankfurt Hanauer Landstraße 152 60314 Frankfurt
23_LK_VERAH_192	Mittwoch, 06.12.2023 14:00 Uhr	15.11.2023	Bezirksärztekammer Kassel Tischbeinstraße 32 34121 Kassel
23_LK_VERAH_193	Mittwoch, 13.12.2023 14:00 Uhr	22.11.2023	Carl-Oelemann-Schule Carl-Oelemann-Weg 5 61231 Bad Nauheim

Stand: Dezember 2022



Fortbildungscurriculum

„Ambulante Versorgung älterer Menschen“
und
„Nicht-ärztliche Praxisassistenten
nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V“

für Medizinische Fachangestellte,
Arzthelfer/innen und Mitarbeiter/innen aus
anderen medizinischen Fachberufen

CARL-OELEMANN-SCHULE

Aus-, Fort- und Weiterbildung von
Angehörigen medizinischer Fachberufe
Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim

Tel.: 06032 782 100
Fax: 06032 782 180
E-Mail: verwaltung.cos@laekh.de

Anlage A

Hausbesuchsprotokoll

Name, Vorname*:	Patientennummer*:
Adresse*:	Telefon: Geb.:
Hausbesuch am _____ durch: _____	
Information des Arztes an die Medizinische Fachangestellte (MFA): _____ _____	
Grund des Hausbesuches: _____ _____	
Aufgaben:	
GBA <input type="checkbox"/> Verband <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ _____	
RR <input type="checkbox"/> Injektion <input type="checkbox"/> Medikationsabgleich <input type="checkbox"/> Medikation mit Akte identisch <input type="checkbox"/>	
Labor: „kleines“ BB, Na, K, BZ, Krea, TSH, CRP _____	
Hydrierung/Ödeme: Trinkmenge _____	
Allgemeinzustand: _____ Befunde RR: _____	
Patientenselbsteinschätzung	schlecht <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/>
MFA-Einschätzung	schlecht <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/>



Persönliche Einschätzung der MFA: Ist Ihnen an dem Patienten etwas aufgefallen?
(z. B. Widersprüchlichkeiten, Pflegezustand, etc.):

Ja: _____

Nein öffnet die Tür alleine orientiert Gewicht _____ kg

Persönliche Einschätzung der MFA: Sind Wunden vorhanden oder Verletzungen? Bewusstseinslage?
Erkennbare Gefahren (Sturzgefahr)?

Ja: _____

Nein

Liegt eine Pflegedokumentation vor?

Ja Nein

Allgemeine Beobachtung: _____

Gibt es etwas Wichtiges, was der Patient/die Patientin dem Arzt mitteilen möchte?

Gab es Informationsbedarf? Wenn ja, worüber?

Rückruf durch den Arzt nötig:

Besuch durch den Arzt nötig: Heute

Bemerkungen:

Folgebesuch vereinbart am: _____

Unterschrift der MFA

Unterschrift des Arztes

Hinweis: Die Mustervorlage „Hausbesuchsprotokoll“ ist als standardisierte Vorlage zur Dokumentation eines im Rahmen des Qualifizierungslehrgangs „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ und „Nicht-ärztliche Praxisassistenten nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V“ zum Nachweis der Durchführung von Hausbesuchen zu beurteilen. Die Vorlage erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die praxisbezogene und ärztlich zu vertretene Dokumentation im Rahmen der ärztlichen Leistungserbringung obliegt allein dem Arzt/der Ärztin. Diese kann von der o. a. Vorlage praxisindividuell abweichen.

Die mit * markierten Felder (z. B. Namen, Vorname) sind vor Übersendung, zum Nachweis der Hausbesuchsdurchführung an die Carl-Oelemann-Schule, zu anonymisieren.

Dem Hausbesuchsprotokoll bitte eine Kurzbeschreibung des Behandlungsfalls zur Erläuterung der Patientenanamnese beifügen! (nur bei Falldokumentation und Ambulante Versorgung älterer Menschen)