

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](mailto:verwaltung.cos@laekh.de)  
Internet: [www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de)

Ihr Zeichen

(bitte immer angeben)  
Unser Zeichen:  
jablo

Datum:  
Mai 2021

### 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 Hausärzteverband / 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 Formular (siehe Anlage separat) 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“**

<b>Veranstaltungsnummer</b>	<b>Termin</b>	<b>Uhrzeit</b>	<b>Durchführungsort</b>
21_LK_VERAH_146	Mittwoch, 16.06.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Bezirksärztekammer Frankfurt Hanauer Landstraße 152 60314 Frankfurt
21_LK_VERAH_147	Mittwoch, 23.06.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Carl-Oelemann-Schule Carl-Oelemann-Weg 5 61231 Bad Nauheim
21_LK_VERAH_148	Mittwoch, 28.07.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Carl-Oelemann-Schule Carl-Oelemann-Weg 5 61231 Bad Nauheim
21_LK_VERAH_149	Mittwoch, 04.08.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Bezirksärztekammer Marburg Gisselberger Straße 31 35037 Marburg
21_LK_VERAH_150	Mittwoch, 11.08.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Carl-Oelemann-Schule Carl-Oelemann-Weg 5 61231 Bad Nauheim
21_LK_VERAH_151	Mittwoch, 18.08.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Bezirksärztekammer Frankfurt Hanauer Landstraße 152 60314 Frankfurt
21_LK_VERAH_152	Mittwoch, 01.09.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Bezirksärztekammer Wiesbaden Wilhelmstraße 60 65183 Wiesbaden
21_LK_VERAH_153	Mittwoch, 08.09.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Bezirksärztekammer Darmstadt Wilhelminenplatz 8 64283 Darmstadt
21_LK_VERAH_154	Mittwoch, 15.09.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Bezirksärztekammer Gießen Georg-Schlosser-Straße 6a 35390 Gießen
21_LK_VERAH_155	Mittwoch, 06.10.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Carl-Oelemann-Schule Carl-Oelemann-Weg 5 61231 Bad Nauheim
21_LK_VERAH_156	Mittwoch, 20.10.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Bezirksärztekammer Frankfurt Hanauer Landstraße 152 60314 Frankfurt
21_LK_VERAH_157	Mittwoch, 10.11.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Bezirksärztekammer Darmstadt Wilhelminenplatz 8 64283 Darmstadt
21_LK_VERAH_158	Mittwoch, 17.11.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Bezirksärztekammer Gießen Georg-Schlosser-Straße 6a 35390 Gießen
21_LK_VERAH_159	Mittwoch, 24.11.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Bezirksärztekammer Kassel Tischbeinstraße 32 34121 Kassel
21_LK_VERAH_160	Mittwoch, 01.12.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Bezirksärztekammer Wiesbaden Wilhelmstraße 60 65183 Wiesbaden
21_LK_VERAH_161	Mittwoch, 08.12.2021	Beginn: 14:00 Uhr	Carl-Oelemann-Schule Carl-Oelemann-Weg 5 61231 Bad Nauheim



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](mailto: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: _____ _____	
<b>Aufgaben:</b>	
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 _____	
Hydrisierung/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)