

Verantwortliche Praxiseinrichtung

Träger

Straße/Platz Nr.

Straße/Platz Nr.

Postleitzahl Ort

Postleitzahl Ort

Telefon

Telefon

E-Mail

E-Mail

Landesamt für Gesundheit und
Soziales Berlin
- IV H 1 -
Postfach 31 09 29
10639 Berlin

Erstmeldung als verantwortliche Einrichtung

Hiermit melde ich meine Einrichtung beim Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo) als verantwortliche Einrichtung nach § 14 Abs. 3 Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz (ATA-OTA-G) an.

Ansprechpartner für das LAGeSo in meiner Einrichtung ist:

Name/Kontakt

Ich bin Kooperationspartner von folgender ATA- bzw.OTA-Schule:

Ich kooperiere mit folgenden weiteren Krankenhäusern bzw. ambulanten Einrichtungen:

Ich bestätige, dass ich die Handreichung zur berufspädagogischen Zusatzqualifikation und Pflichtfortbildung von praxisanleitenden Personen des LAGeSo erhalten habe.

Ich bin darüber informiert, dass ich im Rahmen meiner Verantwortung für die Durchführung der praktischen Ausbildung (§ 14 Abs. 3 ATA-OTA-G) sicherstellen muss, dass in meiner Einrichtung sowie in den kooperierenden Einrichtungen der praktischen Ausbildung für die Praxisanleitung entsprechend der rechtlichen Vorgaben berufspädagogisch qualifizierte Personen eingesetzt werden, die der Fortbildungspflicht nachkommen.

Die entsprechenden Nachweise habe ich als verantwortliche Praxiseinrichtung intern zu dokumentieren und dem Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo) als zuständiger Behörde auf Verlangen vorzulegen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Eingang meiner Meldung per E-Mail bestätigt wird.

Datum

Unterschrift/Stempel Träger