

Projektantrag zur Förderung der Ausbildung des anästhesiologischen Nachwuchses im Bereich Regionalanästhesie

zurück an:
Stiftung Deutsche Anästhesiologie
z.Hd. Prof. Dr. med. A. Schleppers
Roritzerstraße 27

90419 Nürnberg

Per Fax an: 0911 / 39 38 195

Name der Klinik

Ansprechpartner / E-Mail / Telefon

Straße / PLZ / Ort

1. Weiterbildungsermächtigung Anästhesie

☐ 1 Jahr ☐ 2 Jahre ☐ 3 Jahre ☐ 4 Jahre ☐ 5 Jahre

2. Lehrkrankenhaus ☐ ja ☐ nein

3. a) Anzahl der Anästhesieleistungen 2010 _____

3. b) davon Anteil in Regionalanästhesie _____

4. a) Wird Ultraschall in Ihrer Klinik im Bereich Regionalanästhesie eingesetzt?

☐ ja ☐ nein

4. b) Wenn ja, wie häufig:

☐ selten ☐ unter 20% ☐ 20% - 50%

☐ 50% - 80% ☐ über 80%

5. Kurzbeschreibung des derzeitigen Weiterbildungscurriculums im Bereich
Regionalanästhesie:

6. Wie wollen Sie die Materialien des Ausbildungssets in Ihrer Klinik einsetzen?

Datum

Unterschrift