


Somatische Problemsituationen im B-Dienst - für Ärzte

| | |
|---------------------------|---|
| Zielgruppe: | Verpflichtend für Ärzte des IAK-KMO, die lt. BV-000004 und BV-000006 B-Dienst leisten |
| Inhalte: | <p>Ärzte; Die Teilnahme ist einmal jährlich verpflichtend lt. Anordnung der Ärztlichen Direktion</p> <ul style="list-style-type: none">• Hypertensive(r) Dringlichkeit/Notfall• Akuter Thoraxschmerz• Herzrhythmusstörungen:<ul style="list-style-type: none">- Tachykardes Vorhofflimmern- Supraventrikuläre Tachykardie- VES, ventrikuläre Tachykardie- Bradykardie• EKG für Psychiater• Dyspnoe:<ul style="list-style-type: none">- Asthma bronchiale- COPD- Herzinsuffizienz• Das dicke Bein: Phlebothrombose, Thrombophlebitis, Ödeme• Bauchschmerzen, Durchfälle, Obstipation• Hämatemesis• Der Labornotfall:<ul style="list-style-type: none">- Blutzuckerentgleisung- Leukozytose – Leukopenie- Anämie – Polyglobulie- Thrombozytose – Thrombozythämie- Hyponatriämie – Hypernatriämie- Hypokaliämie – Hyperkaliämie- Hohe Transaminasen- CK-Erhöhung- Kreatinin-Erhöhung• Synkope, bewusstloser Patient• Fieber• Harnverhalt• Der Notfallkoffer |
| Ziele | Vermittlung von Grundkenntnissen über häufig im KMO auftretende medizinische Notfallsituationen. |
| Referent: | Dr. med. Christian Mast |
| Teilnehmer: | 20 Personen |
| Veranstaltungsort: | kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, 85540 Haar, kbo-IAK, Ringstr. 04 - E.24.1 |
| Seminargebühr: | 30 €uro 2 Stunden |

Fortbildungspunkte: 2 Punkte  ID Nr. 20090847

Ansprechpartner: Email: Personalentwicklung.iak-kmo@kbo.de

Bildungsressort: 10 Betriebliche Sicherheit
10.019 Somatische Problemsituationen im B-Dienst - für Ärzte

Anmeldung: Alle Anderen nutzen bitte das Kontakt- und Anmeldeformular für externe Interessenten aus dem Internet des Kommunalunternehmens.

| Kursnummer | von | bis | Beginn | Ende |
|-------------------|------------|------------|--------|-------|
| BSI-20/3/444-KW40 | 01.10.2020 | 01.10.2020 | 16:00 | 17:30 |

Terminänderungen aus wichtigem Anlass behält sich der Veranstalter vor. Insbesondere ist der Veranstalter berechtigt, in begründeten Fällen die Veranstaltung von anderen, als den angegebenen Referenten durchführen zu lassen.

I. Antragsteller/innen / Allgemeine Daten

Dieser Antrag gilt **nicht für externe** Fortbildungen.
Bitte für externe Fortbildungen das FOI-000105 verwenden.

| | | | |
|--|---|---------------|--------------------------|
| Name, Vorname: | _____ | | |
| Funktion/Tätigkeit: | _____ | | |
| Fachbereich/Abteilung/Station: | _____ | | |
| Name zuständige Bereichsleitung und unmittelbarer Vorgesetzte/r: | _____ | | |
| Telefonnummer für Rückfragen: | _____ | | |
| Fortbildungsthema: | 10.019 Somatische Problemsituationen im B-Dienst - für Ärzte | | |
| Datum / Fortbildung am | 01.10.2020- 01.10.2020 | Kursnummer: | BSI-20/3/444-KW40 |
| Uhrzeit der Fortbildung (von bis): | 16:00 - 17:30 | | |
| Fortbildungsgebühr: | 30 €uro | Kostenstelle: | _____ |
| Wissensmanagement: Ich verpflichte mich, dass ich das in der Fortbildungsveranstaltung erworbene Wissen in Absprache mit dem/der unmittelbaren Vorgesetzten an geeigneter Stelle weitergebe. | | | |
| Datum: | Name Antragsteller gez.: | | |

II. Entscheidung unmittelbare/r Vorgesetzte/r

| | |
|---|--|
| Die Fortbildung ist der beruflichen Entwicklung des/der Antragstellers/in förderlich und wird ausdrücklich befürwortet. | |
| <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| (Bei JA weiter an Bereichsleitung, bei NEIN Begründung und zurück an Antragsteller/in) | |
| Begründung: (ggf. Rückseite verwenden): | |
| Kosten: Eine Belastung der o.g. Kostenstelle wird beantragt: | |
| <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN (Antragsteller/in trägt die Kosten selbst) |
| Datum: | Name des/der unmittelbare/r Vorgesetzte/r: |

III. Genehmigung Bereichsleiter/in gemäß § 6 Abs. 1 RahmenBV-Nr.15 (MGUe-000380)

| | |
|--|--|
| Genehmigt; unter Punkt I genannte Kostenstelle wird wie im Antrag belastet <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | |
| (Bei JA weiter an Abt.II Personalentwicklung/ Fort- und Weiterbildung, bei NEIN Begründung und zurück an Vorgesetzte/n) | |
| Die Fortbildung wird genehmigt | <input type="checkbox"/> als aufgabennahe Fortbildung <input type="checkbox"/> als aufgabenunterstützende Fortbildung <input type="checkbox"/> als aufgabenferne Fortbildung <input type="checkbox"/> für die Funktion als Betriebsbeauftragte/r oder Funktionsträger/in <input type="checkbox"/> als Pflichtfortbildung (Brandschutz, HLW, Hygiene, Deeskalation, ..) |
| Begründung: (ggf. Rückseite verwenden) | |
| Datum: | Name der Bereichsleitung: gez. |

Hinweis: Nach Genehmigung (Punkt III.) durch die Bereichsleitung können Sie den Antrag entweder per Hauspost oder per Email an personalentwicklung.iak-kmo@kbo.de weiterleiten.

