



InterMediateCareUnit

„WEITERBILDUNG FÜR DIE BETREUUNG VON PATIENTEN, DIE EINER SPEZIELLEN ÜBERWACHUNG UND PFLEGE BEDÜRFE“

ZIELGRUPPE:

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen auf InterMediateCareUnit -Stationen
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die **im postoperativen Bereich** tätig sind
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die mit der Betreuung von PatientInnen, die einer **speziellen Überwachung und Pflege** bedürfen, betraut sind

INHALTE:

- ♦ **Pflegerischer Fachbereich:** spezielle Pflege sowie therapeutische Möglichkeiten, Prophylaxen und gesundheitsfördernde Maßnahmen, Pflegediagnostik und Dokumentation, Assessment, Schmerzmanagement und Transkulturelle Pflegeaspekte
- ♦ **Medizinischer Fachbereich:** erweiterte klinische Überwachung und Monitoring, Kardiopulmonale Reanimation und Schocktherapie, Notfallintubation, theorieunterstützte praktische Übungen, spezielle Pharmakologie, postoperative Komplikationen
- ♦ **Medizintechnik:** MPG – Sicherheitsvorschriften, Defibrillator, Herzschrittmacher
- ♦ **Kommunikation:** Kommunikation mit Angehörigen, Umgang mit eingeschränkter Kommunikation, Umgang mit Angst und Stressfaktoren
- ♦ **Risikomanagement und Patientensicherheit**

DAUER DER WEITERBILDUNG: 27.10.2020 – 23.04.2021

100 Stunden Theorie, 120 Stunden berufsbegleitendes Fachpraktikum in Absprache mit der Kursleitung

1. Modul: 27.10.2020 – 30.10.2020, 4 Tage

2. Modul: 14.12.2020 – 16.12.2020, 3 Tage

3. Modul: 25.01.2021 – 28.01.2021, 4 Tage

4. Modul: 08.03.2021 – 10.03.2021, 3 Tage

Abschlussprüfung: 23.04.2021 (Anerkennung nach GuKG §64)

Das Fachpraktikum ist während den Theorieblöcken eigenständig zu organisieren und bis zum Abschluss nachweislich zu absolvieren, bei Bedarf erfolgt selbstverständlich eine Unterstützung durch die Lehrgangsführung. Das Fachpraktikum und die Abteilung sind von den Teilnehmern frei wählbar. Anhand eines Geräte- und Tätigkeitskataloges ist das Fachpraktikum zu dokumentieren.

KOSTEN: € 1.500,00 exkl. 20% USt. (2 Teilzahlungen nach Absprache möglich)

KURSNUMMER: 1260

GRUPPENGROSSE: 12 Personen

AUSBILDUNGSORT: SOPHOS AKADEMIE, Thaliastraße 159, Stiege 1, 1160 Wien

KURSLEITUNG: Helene Mayer, DGKP, Lehrerin für GuKP, Pflege SAB OP, OPM

FACHLICHE LEITUNG: Diamonde Kullnig, DGKP, Pflege SAB Intensiv, Praxisanleiterin, Pflegepädagogik

MEDIZINISCHE LEITUNG: Dr. Manfred Karban, FA für Anästhesie und Intensivmedizin, LK Korneuburg

ANMELDUNG: Unter Vermerk der Kursnummer mit beiliegendem Anmeldeformular oder per E-Mail an:

SOPHOS AKADEMIE Organisationsberatung und Bildungsmanagement GmbH, Thaliastraße 159, Stiege 1
1160 Wien, Tel.: 01/481 47 71, E-Mail: office@sophosakademie.at, Homepage: www.sophosakademie.at

ANMELDEFRIST: 21.09.2020

ANMELDEFORMULAR

(Angaben bitte in gut leserlicher Schrift bzw. in Blockbuchstaben)

Kurs/Kursnr:SVNr:.....

Herr Frau Titel:.....

Familienname:.....Vorname:.....

Geburtsdatum:.....Geburtsort:.....

Genaue Anschrift:

PLZ., Wohnort:.....

Straße, Nr.:.....

Tel.:.....FAX:.....Email:.....

Anschrift des Dienstgebers:

Krankenhaus, Abteilung:.....

Anschrift:.....

Tel.:.....FAX:.....Email:.....

Berufserfahrung im

Gesundheitsbereich:.....

Ich habe die Storno- und Rahmenbedingungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden. Zudem akzeptiere ich hiermit die Datenschutzerklärung dieser Bildungsinstitution, die mit 25.05.2018 in Kraft getreten ist. (Auf der Homepage erfahren Sie mehr zur DSGVO).

Datum:.....Unterschrift des Teilnehmers:.....

Erforderliche Bewerbungsunterlagen für Ausbildungen, Sonderausbildungen und Weiterbildungen:

Zeugnis, Lehrbrief bzw. Diplom, Staatsbürgerschaftsnachweis bzw. Pass, Geburtsurkunde, Lebenslauf, Lichtbild, zusätzliche kursbezogene Unterlagen nach Absprache mit der Kursleitung.

Für Seminare, Fortbildungen und Vorträge sind keine zusätzlichen Unterlagen erforderlich.

Rechnung ergeht an Privatadresse: O ja Teilzahlungen: in Absprache mit der Geschäftsführung

Rechnung ergeht an Dienstgeber:

Einverständnis / Bestätigung der Dienststelle oder des Rechtsträgers:

.....

.....

Datum:..... Stempel und Unterschrift:.....