



qualityaustria

Erfolg mit Qualität

Antrag zur Zertifizierung - Visitor

Antrag zur Zertifizierung – Visitor

Für die Zulassung zur Zertifizierungsprüfung „Visitor“ sind im Zertifizierungsprogramm Zugangsvoraussetzungen definiert. Wir ersuchen Sie, die geforderten Daten in diesem Formular einzutragen, die Nachweise in Kopie beizulegen und bis spätestens 1 Tag vor der Prüfung an die Quality Austria zu retournieren oder bei der Prüfung dem Prüfer zu übergeben. **Dieser Antrag bildet neben der bestandenen Prüfung die Grundlage zur Ausstellung des/r Zertifikates/e. Bei Nichteinreichen des Antrags bzw. bei unzureichenden Praxisnachweisen wird das/die Zertifikat/e mit dem Status Anwärter ausgestellt.**

Bitte retournieren Sie den vollständig ausgefüllten Antrag per Post, Fax oder E-Mail an:

Quality Austria
Trainings, Zertifizierungs und Begutachtungs GmbH
z.H. Frau Petra Astleitner
Am Winterhafen 1
A-4020 Linz
Fax: (+43 732) 34 23 23
Tel: (+43 732) 34 23 22-19
petra.astleitner@qualityaustria.com

1. NAME, E-MAIL-ADRESSE

Nachname:

Vorname:

Titel:

E-Mail:

2. SPEZIFISCHE AUSBILDUNG

	Anforderung	Ausbildungs- und Prüfungstermin ¹
<input type="checkbox"/>	Teilnahme am KTQ Lehrgang „Visitor“ ¹	
<input type="checkbox"/>	Anerkennung einer gleichwertigen Ausbildung	

¹ Geben Sie bitte den geplanten Prüfungstermin an. Die Überprüfung des absolvierten Ausbildungstermins erfolgt durch die Zertifizierungsstelle.

3. ANFORDERUNG AN DIE AUSBILDUNG, BERUFSERFAHRUNG UND BERUFSAUSBILDUNG

	Ärztlicher Visitor	Anforderung erfüllt	Nachweise ² nur bei „Anforderung erfüllt“
Grundausbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Studium der Humanmedizin • Facharztausbildung 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Weiterbildung	Gültiges Zertifikat QualitätsmanagerIn (z.B. QM im Gesundheitswesen, 200 Stunden QM-ärztl. Curriculum)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Berufserfahrung	Schriftliche Praxisnachweise über: <ul style="list-style-type: none"> • 4 Jahre Berufserfahrung im Gesundheitswesen • Fünf durchgeführte/begleitete Visitationen / Audits / Begutachtungen von Gesundheitseinrichtungen (eine mindestens 8-jährige Berufspraxis kann als gleichwertig angerechnet werden) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Berufsausübung	Leitend in der Funktion als <ul style="list-style-type: none"> • Chefarzt/ärztin • Oberarzt/ärztin • Abteilungs- bzw. Bereichsleitung • Vergleichbare Position mit Vorgesetztenfunktion in der Krankenhausleitung, z. B. im Vorstand (dies würde ggf. auch Stabsfunktionen in Stabsabteilungen einschließen) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht

	Pflegerischer Visitor	Anforderung erfüllt	Nachweise ² nur bei „Anforderung erfüllt“
Grundausbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenpflege • Kinderkrankenpflege • Hebammenwesen und Studium, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> • Pflegemanagement • Krankenhausbetriebswirtschaft oder: <ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildung „Pflegerdienstleitung“ 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Gültige Zertifikate QualitätsmanagerIn (z.B. QM im Gesundheitswesen, 200 Stunden QM-ärztl. Curriculum) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht

Berufserfahrung	Schriftliche Praxisnachweise über: <ul style="list-style-type: none"> • 4 Jahre Berufserfahrung im Gesundheitswesen • Fünf durchgeführte/begleitete Visitationen / Audits / Begutachtungen von Gesundheitseinrichtungen (eine mindestens 8-jährige Berufspraxis kann als gleichwertig angerechnet werden) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Berufsausübung	leitend in der Funktion als <ul style="list-style-type: none"> • Leitung des Pflegedienstes • Stellvertretende Leitung des Pflegedienstes • Abteilungs- bzw. Bereichsleitung • Vergleichbare Position mit Vorgesetztenfunktion in der Krankenhausleitung, z. B. im Vorstand (dies würde ggf. auch Stabsfunktionen in Stabsabteilungen einschließen) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht

	Ökonomischer Visitor	Anforderung erfüllt	Nachweise ² nur bei „Anforderung erfüllt“
Grundausbildung	Studium, z. B. <ul style="list-style-type: none"> • Wirtschaftswissenschaften (BWL/VWL) • Rechtswissenschaften • Sozialwissenschaften oder: Kaufmännische Berufsausbildung mit Zusatzqualifikation/Weiterbildung z. B. als <ul style="list-style-type: none"> • staatl. Geprüfte/r BetriebswirtIn • BetriebswirtIn (VWA) • Krankenhaus- BetriebswirtIn (VKD) • GesundheitsmanagerIn 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Gültiges Zertifikat QualitätsmanagerIn (z.B. QM im Gesundheitswesen, 200 Stunden QM-ärztl. Curriculum) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Berufserfahrung	Schriftliche Praxisnachweise über: <ul style="list-style-type: none"> • 4 Jahre Berufserfahrung im Gesundheitswesen • Fünf durchgeführte/begleitete Visitationen / Audits / Begutachtungen von Gesundheitseinrichtungen (eine mindestens 8-jährige Berufspraxis kann als gleichwertig angerechnet werden) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht

Berufsausübung	leitend in der Funktion als <ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung/ stellvertretende Geschäftsführung • Verwaltungsleitung/ stellvertretende Verwaltungsleitung • Verwaltungsdirektion/ stellvertretende Verwaltungsdirektion • Abteilungs- bzw. Bereichsleitung • Vergleichbare Position mit Vorgesetztenfunktion in der Krankenhausleitung, z.B. im Vorstand (dies würde ggf. auch Stabsfunktionen in Stabsabteilungen einschließen) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
-----------------------	--	--	--

	Visitor mit anderer Grundausbildung	Anforderung erfüllt	Nachweise ² nur bei „Anforderung erfüllt“
Grundausbildung	Bitte spezifizieren Sie Ihre Grundausbildung (Studium, berufliche Grundausbildung): <ul style="list-style-type: none"> • • • 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Gültiges Zertifikat QualitätsmanagerIn (z.B. QM im Gesundheitswesen, 200 Stunden QM-ärztl. Curriculum) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Berufserfahrung	Schriftliche Praxisnachweise über: <ul style="list-style-type: none"> • 4 Jahre Berufserfahrung im Gesundheitswesen • Fünf durchgeführte/begleitete Visitationen / Audits / Begutachtungen von Gesundheitseinrichtungen (eine mindestens 8-jährige Berufspraxis kann als gleichwertig angerechnet werden) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Berufsausübung	<ul style="list-style-type: none"> • Bitte spezifizieren Sie Ihre Leitungsfunktion: • 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht

² (Nachweis: Eigenerklärung, Interimszeugnis, Bestätigung durch Arbeitgeber, ...)

Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben. Die Nachweise sind in Kopie diesem Schreiben beigelegt.

Ort **Datum** **Unterschrift**