**Teilnahme-Bescheinigung für Klinikangestellte**

als Anlage zur Jahresübersicht für Angestellte,

Bescheinigung für Klinikangestellte in nach § 108 SGB V

zugelassenen Krankenhäusern.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |  |
|  | Monat | |  |  | Jahr | |  |  |  |  |
| Zeitraum von |  |  |  |  |  |  |  | MM.JJJJ | |
| Zeitraum bis |  |  |  |  |  |  |  | MM.JJJJ | |
|  | | | | | | | | | | |
| Teilnehmer\*in  Bitte Barcode-Etikett mit Namen und EFN- Nummer einkleben.  Alternativ bitte Namen und Mitgliedsnummer angeben. |  | | | | | | | | |  |
| 1 FE = 45 Minuten ohne Pause | | | | | | | | | | |
| Datum | Titel | | | | | | | | FE |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
| Summe Punkte | | | | | | | | |  |

Ort / Datum Unterschrift

Stempel der Klinik:

Leitende\*r Psycholog\*in Leitende\*r Ärzt\*in

Leiter\*in Qualitätsmanagement

Zutreffendes bitte ankreuzen

FoBi-Bescheinigung\_Klinikangestellte.doc Version vom 30. Mai 2010