



**Schulung für geeignete Kräfte zur Umsetzung von ärztlich verordneten und von Krankenkassen genehmigten Leistungen der Leistungsgruppe LG1(2) - „Assistance Care“** vorbehaltlich geltender Verträge mit den Kassen der Länder

- ✓ Dieses Angebot richtet sich an Mitarbeiter\*innen ohne formelle Qualifikation (geeignete Kräfte) im ambulanten, teil- und vollstationären Pflegebereich.
- ✓ Die Pflegedienstleitung ist für die praxisnahe Übung der theoretischen Inhalte und die Bestätigung der ordnungsgemäßen Ausführung der Leistungen verantwortlich.
- ✓ Die Pflegedienstleitung ist verantwortlich mindestens 1x jährlich die ordnungsgemäße Ausführung pflegerischer Leistungen der Behandlungspflege LG 1(2) bei den Mitarbeiter\*innen zu überprüfen und nachzuweisen (QPR).

|   |  |
|---|--|
| <b>Inhalt</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Grundlagen der Krankenbeobachtung, Anatomie innerhalb der Themen, die Blutdruckmessung, die Blutzuckermessung, handlungsleitender Umgang mit Ergebnissen, Risiken und Komplikationen, Grundlagen der Ernährung über Sonden (Versorgung der PEG, Schutzverband, Nahrung geben über PEG), Die Medikamentengabe von ärztlich verordneten Medikamenten, 10-R-Regel, regelmäßige Gabe von Medikamenten, Gabe von Bedarfsmedikamenten, Krankheitsbild Diabetes mellitus, Umgang mit Insulininjektionen (subkutane Injektion), Auflegen von Kälteträgern, Inhalationen, Einreibungen, Dermatologische Bäder umsetzen, An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen /-hosen der Kompressionsklassen II, Abnehmen eines Kompressionsverbandes, Umgang mit Notfällen, Erste Hilfe, Hygiene, Grundlagen der Führung der Pflegedokumentation</li> </ul> |
| <b>Hinweise/Buchung</b><br><br><input type="checkbox"/> bitte ankreuzen | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Umfang 40h</li> <li>✓ Der Anmelder sendet an das Institut Averosa eine Übersicht der an der Weiterbildung teilnehmenden Mitarbeiter*innen.</li> <li>✓ Der theoretische Anteil wird vom Institut Averosa im Rahmen der „Arbeit mit Fachaufzeichnungen“ (Selbststudium) umgesetzt, eine Prüfung ist nicht vorgesehen.</li> <li>✓ Es wird Material zur Verfügung gestellt. Die Weiterbildung (WB) wird im Rahmen von Selbststudium unter freier Zeiteinteilung absolviert.</li> <li>✓ Es wird ein Online-Link zur Verfügung gestellt, dieser darf an Mitarbeiter*innen des Unternehmens weitergegeben werden.</li> <li>✓ Kosten je Teilnehmer: 825,00 € zuzüglich MwSt.</li> </ul>   |

**Teilnahmenachweise/Zertifikate werden sofort ausgestellt.**

Datum der Anmeldung: ..... E-Mail-Adresse: .....

Anmelder (bitte in Blockschrift): ..... Funktion: .....

Unterschrift: ..... Stempel der Einrichtung:

**Achtung, bitte die Liste der Mitarbeiter\*innen für die dieser Kurs gebucht wird unbedingt mitschicken.**

**Übersicht geeigneter Mitarbeiter\*innen  
für den Kurs Behandlungspflege LG1 (2)  
Assistance Care LG 1/2**

- gemeint sind vor allem geeignete, ungelernete Kräfte mit beruflicher Erfahrung

|   |  |
|---|--|
| Pflegeheim/<br>Pflegedienst/<br>Kurzzeitpflege/<br>Tagespflege<br>(bitte mit Stempel) |  |
|---|--|

Ich erkläre, dass bei den Mitarbeiter\*innen die notwendige praktische Begleitung erfolgreich abgesichert ist und umgesetzt wurde. **(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)**

| Name | Vorname | geb.am. | beschäftigt seit |
|------|---------|---------|------------------|
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |
|      |         |         |                  |

Datum: ..... Name: ..... Unterschrift.....  
 Pflegedienstleitung