



Angaben zum Kandidaten

Anrede: Frau Herr divers

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Position: _____

Name der Einrichtung: _____

Abteilung/ Institut: _____

Anschrift der Einrichtung: _____

PLZ und Ort: _____

Verantwortlicher Arzt: _____

Praktische Tätigkeit

Der Kandidat arbeitet seit _____ (MM.JJJJ) an der o.g. Einrichtung.

Während dieses Zeitraums erfolgte die Tätigkeit über den Zeitraum von _____ (MM.JJJJ) bis einschließlich _____ (MM.JJJJ) unter Anleitung des verantwortlichen Arztes. Diese Tätigkeit erfolgte in

Teilzeit Vollzeit.

Hinweis: 6 Monate bezieht sich auf eine Tätigkeit in Vollzeit (38,5h). Die praktische Erfahrung kann auch in Teilzeit erworben werden, dann verlängert sich der Qualifizierungszeitraum dementsprechend.

Der Kandidat erfüllt damit das Kriterium von mind. 6 Monaten praktischer Tätigkeit im Bereich der kardiovaskulären Prävention, unter Anleitung eines verantwortlichen und entsprechend qualifizierten Arztes.

ja nein



Dokumentierte Beratungsgespräche

Während dieser Tätigkeit hat der o.g. Kandidat insg. _____ (Anzahl) dokumentierte Beratungsgespräche zur kardiovaskulären Prävention von jeweils über 15 Min. durchgeführt.

Davon:

_____ (Anzahl) zu dem Thema Rauchen,

_____ (Anzahl) zu körperlicher Aktivität und

_____ (Anzahl) zu gesunder Ernährung.

Der Kandidat erfüllt damit das Kriterium während der 6 Monate mind. 75 dokumentierte Beratungsgespräche zur kardiovaskulären Prävention von jeweils über 15 Min durchgeführt zu haben. Innerhalb dieser Beratungsgespräche sind die folgenden Themen mit entsprechender Anzahl abgedeckt.

Rauchen: mind. 25 Beratungsgespräche (nichtmedikamentöse und medikamentöse Optionen der Tabakentwöhnung)

Körperliche Aktivität: mind. 25 Beratungsgespräche (Aufklärung und Anleitung zu mehr körperlicher Aktivität, Rezept auf Bewegung, Motivationsstrategien) und

Gesunder Ernährung: mind. 25 Beratungsgespräche (Aufklärung und Anleitung zu präventiv sinnvollen Ernährungskonzepten) durchgeführt zu haben.

ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der Kandidat alle o.g. Voraussetzungen entsprechend dem Curriculum „Kardiovaskuläre Präventions-Assistenz“, veröffentlicht in der Kardiologie 16, 34-37 doi.org/10.1007/s12181-021-00519-z, erfüllt.

Mir ist bewusst, dass dem Antragsteller bei nicht wahrheitsgemäßen Angaben das Zertifikat rückwirkend aberkannt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift des verantwortlichen Arztes
(Stempel)