

# Ausbildungsnachweisheft für Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter

---

(Name, Vorname)

# Personalien

der oder des Auszubildenden

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort, -staat: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Straße mit Hausnummer

Ort mit Postleitzahl

## Inhaltsverzeichnis:

	Seite
Nachweis über die theoretisch-praktische Ausbildung	4
Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme in einer geeigneten Einrichtung der Patientenversorgung	5
Nachweis über die praktische Ausbildung in einer geeigneten Einrichtung der Patientenversorgung (Aufteilung auf die Bereiche)	6
Tagesnachweise für den klinisch-praktischen Ausbildungsabschnitt	7
Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme am praktischen Ausbildungsabschnitt auf einer Rettungswache	8
Anwesenheitsnachweise für den praktischen Ausbildungsabschnitt auf einer Rettungswache	9 – 10
Einsatznachweise für Notfalleinsätze	11
Anleitung zur Anfertigung der Einsatzberichte	12
Einsatzberichte 1 – 5	13 – 22
Nachweis über den Abschlusslehrgang Lehrgangsbescheinigung	2

# Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an der theoretisch-praktischen Ausbildung gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 1

Hiermit wird Frau/Herrn \_\_\_\_\_  
Nachname Vorname

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

die erfolgreiche Teilnahme am 240 Stunden umfassenden Ausbildungsabschnitt der  
theoretisch-praktische Ausbildung für Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ an der

(Ausbildungsstätte)

bescheinigt.

Der Ausbildungsabschnitt der theoretisch-praktische Ausbildung wurde nach § 3 in  
Verbindung mit Anlage 1 der Verordnung über die Ausbildung und Prüfung für  
Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter (APVO-RettSan) vom 22. Juni 2021 (Nds.  
GVBl. S. 400) durchgeführt, die den Empfehlungen des Ausschusses „Rettungswesen“ vom  
11./12.Februar 2019 für die Ausbildungen von Rettungssanitäterinnen und  
Rettungssanitätern entspricht.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Schulleitung

\_\_\_\_\_  
Stempel der Ausbildungsstätte/Siegel

# Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme in einer geeigneten Einrichtung der Patientenversorgung gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2

Hiermit wird Frau/Herrn \_\_\_\_\_  
Nachname Vorname

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

die erfolgreiche Teilnahme am 80 Stunden umfassenden Ausbildungsabschnitt in einer  
geeigneten Einrichtung der Patientenversorgung für Rettungsanitäterinnen und  
Rettungsanitäter

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

und

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in der unten genannten Einrichtung bescheinigt.

Der Ausbildungsabschnitt in einer geeigneten Einrichtung der Patientenversorgung wurde nach § 4 in Verbindung mit Anlage 2 der Verordnung über die Ausbildung und Prüfung für Rettungsanitäterinnen und Rettungsanitäter (APVO-RettSan) vom 22. Juni 2021 (Nds. GVBl. S. 400) durchgeführt, die den Empfehlungen des Ausschusses „Rettungswesen“ vom 11./12. Februar 2019 für die Ausbildungen von Rettungsanitäterinnen und Rettungsanitätern entspricht.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Person

\_\_\_\_\_  
Stempel des Krankenhauses

# Nachweis über die praktische Ausbildung in einer geeigneten Einrichtung der Patientenversorgung

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Name und Adresse der Ausbildungsstätte:

<b>Zeitliche Einzelnachweise</b>		
Ausbildungsbereiche*)	am/von ... bis	Unterschrift der ausbildenden Person
___ <b>Stunden</b> Anästhesie/Intensivmedizin		
___ <b>Stunden</b> Notaufnahmebereich		

\*) Gemäß Anlage 2 zu § 4 Abs. 1 sollen die Ausbildungsstunden folgendermaßen aufgeteilt werden:

- 80 Stunden in den Funktionsbereichen Anästhesie/Intensivmedizin
- oder
- 40 Stunden in den Funktionsbereichen Anästhesie/Intensivmedizin und
- 40 Stunden in einem Notaufnahmebereich

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Person

\_\_\_\_\_

Stempel des Krankenhauses



# Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme am praktischen Ausbildungsabschnitt im Rettungsdienst

Hiermit wird Frau/Herrn \_\_\_\_\_  
Nachname Vorname

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

die erfolgreiche Teilnahme am 160 Stunden\*) umfassenden praktischen  
Ausbildungsabschnitt für Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in der anerkannten Rettungswache des \_\_\_\_\_  
Träger des Rettungsdienstes

in \_\_\_\_\_  
Standort der Rettungswache

bescheinigt.

Es wird bestätigt, dass die oder der Auszubildende die in der Verordnung über die Ausbildung und Prüfung für Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter vorgegebenen Tätigkeiten üben konnte und an mindestens 20 Einsätzen in der Notfallrettung mitgewirkt hat.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Person

\_\_\_\_\_  
Stempel der Einrichtung







# Anleitung zur Anfertigung der Einsatzberichte

Bitte machen Sie bei der Erstellung der fünf Einsatzberichte zu folgenden Daten und Abläufen Angaben bzw. beschreiben Sie die durchgeführten Tätigkeiten.

- Einsatzdatum, Einsatzzeit, Einsatzdauer
- Einsatz auf KTW oder RTW
- Welche Symptome wies die Patientin oder der Patient beim Eintreffen am Einsatzort auf?
- Welche Verdachtsdiagnose wurde gestellt?
- Welche Maßnahmen wurden eingeleitet?
- Welche Maßnahmen wurden hierbei von Ihnen durchgeführt?
- Welche Maßnahmen wurden während des Transports in die Zielklinik noch durchgeführt?
- Welche Maßnahmen waren zur Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft nach der Übergabe des Patienten in der Klinik notwendig?

# Einsatzbericht 1 im Rahmen des Rettungswachenpraktikums

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
Nachname Vorname

Einsatz am: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Einsatz in der Notfallrettung  Einsatz im Krankentransport

Einsatzmeldung:

---

---

**Angaben, die Rückschlüsse auf die Patientin/den Patienten zulassen, sind zu unterlassen.**

Vorgefundene Situation am Einsatzort und Befund über die Patientin oder den Patienten:

---

---

---

---

Verdachtsdiagnose (eigene oder der Notärztin/des Notarztes):

---

---

---

Organisatorische und medizinische Maßnahmen bis zum Eintreffen der Notärztin/des Notarztes:

---

---

---

---

Organisatorische und medizinische Maßnahmen zusammen mit der Regelbesatzung oder der Notärztin/dem Notarzt:

---

---

---

---

---

---

---

Organisatorische und medizinische Maßnahmen, die während des Transports zur Zielklinik noch durchgeführt wurden:

---

---

---

---

---

---

---

Durchgeführte Maßnahmen zur Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft nach Übergabe der Patientin/des Patienten an die Klinik:

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Auszubildenden

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisanleiter/in/LRA

## Einsatzbericht 2 im Rahmen des Rettungswachenpraktikums

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
Nachname Vorname

Einsatz am: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Einsatz in der Notfallrettung  Einsatz im Krankentransport

Einsatzmeldung:

---

---

**Angaben, die Rückschlüsse auf die Patientin/den Patienten zulassen, sind zu unterlassen.**

Vorgefundene Situation am Einsatzort und Befund über die Patientin oder den Patienten:

---

---

---

---

Verdachtsdiagnose (eigene oder der Notärztin/des Notarztes):

---

---

---

Organisatorische und medizinische Maßnahmen bis zum Eintreffen der Notärztin/des Notarztes:

---

---

---

---

Organisatorische und medizinische Maßnahmen zusammen mit der Regelbesatzung oder der Notärztin/dem Notarzt:

---

---

---

---

---

---

---

Organisatorische und medizinische Maßnahmen, die während des Transports zur Zielklinik noch durchgeführt wurden:

---

---

---

---

---

---

---

Durchgeführte Maßnahmen zur Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft nach Übergabe der Patientin/des Patienten an die Klinik:

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Auszubildenden

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisanleiter/in/LRA

## Einsatzbericht 3 im Rahmen des Rettungswachenpraktikums

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
Nachname Vorname

Einsatz am: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Einsatz in der Notfallrettung  Einsatz im Krankentransport

Einsatzmeldung:

---

---

**Angaben, die Rückschlüsse auf die Patientin/den Patienten zulassen, sind zu unterlassen.**

Vorgefundene Situation am Einsatzort und Befund über die Patientin oder den Patienten:

---

---

---

---

Verdachtsdiagnose (eigene oder der Notärztin/des Notarztes):

---

---

---

Organisatorische und medizinische Maßnahmen bis zum Eintreffen der Notärztin/des Notarztes:

---

---

---

---

Organisatorische und medizinische Maßnahmen zusammen mit der Regelbesatzung oder der Notärztin/dem Notarzt:

---

---

---

---

---

---

---

Organisatorische und medizinische Maßnahmen, die während des Transports zur Zielklinik noch durchgeführt wurden:

---

---

---

---

---

---

---

Durchgeführte Maßnahmen zur Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft nach Übergabe der Patientin/des Patienten an die Klinik:

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Auszubildenden

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisanleiter/in/LRA

## Einsatzbericht 4 im Rahmen des Rettungswachenpraktikums

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
Nachname Vorname

Einsatz am: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Einsatz in der Notfallrettung  Einsatz im Krankentransport

Einsatzmeldung:

---

---

**Angaben, die Rückschlüsse auf die Patientin/den Patienten zulassen, sind zu unterlassen.**

Vorgefundene Situation am Einsatzort und Befund über die Patientin oder den Patienten:

---

---

---

---

Verdachtsdiagnose (eigene oder der Notärztin/des Notarztes):

---

---

---

Organisatorische und medizinische Maßnahmen bis zum Eintreffen der Notärztin/des Notarztes:

---

---

---

---

Organisatorische und medizinische Maßnahmen zusammen mit der Regelbesatzung oder der Notärztin/dem Notarzt:

---

---

---

---

---

---

---

Organisatorische und medizinische Maßnahmen, die während des Transports zur Zielklinik noch durchgeführt wurden:

---

---

---

---

---

---

---

Durchgeführte Maßnahmen zur Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft nach Übergabe der Patientin/des Patienten an die Klinik:

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Auszubildenden

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisanleiter/in/LRA

## Einsatzbericht 5 im Rahmen des Rettungswachenpraktikums

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
Nachname Vorname

Einsatz am: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Einsatz in der Notfallrettung  Einsatz im Krankentransport

Einsatzmeldung:

---

---

**Angaben, die Rückschlüsse auf die Patientin/den Patienten zulassen, sind zu unterlassen.**

Vorgefundene Situation am Einsatzort und Befund über die Patientin oder den Patienten:

---

---

---

---

Verdachtsdiagnose (eigene oder der Notärztin/des Notarztes):

---

---

---

Organisatorische und medizinische Maßnahmen bis zum Eintreffen der Notärztin/des Notarztes:

---

---

---

---

Organisatorische und medizinische Maßnahmen zusammen mit der Regelbesatzung oder der Notärztin/dem Notarzt:

---

---

---

---

---

---

---

Organisatorische und medizinische Maßnahmen, die während des Transports zur Zielklinik noch durchgeführt wurden:

---

---

---

---

---

---

---

Durchgeführte Maßnahmen zur Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft nach Übergabe der Patientin/des Patienten an die Klinik:

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Auszubildenden

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisanleiter/in/LRA

# Nachweis über den Abschlusslehrgang Lehrgangsbescheinigung

Hiermit wird Frau/Herrn \_\_\_\_\_  
Nachname Vorname

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

die erfolgreiche Teilnahme am Abschlusslehrgang gemäß § 6 APVO-RettSan für  
Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in der anerkannten Ausbildungsstätte des

\_\_\_\_\_  
Träger des Rettungsdienstes

in

\_\_\_\_\_  
Standort der Ausbildungsstätte

bescheinigt.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sowie Vor- und Nachname in Druckbuchstaben der Leiterin oder des Leiters der Ausbildungsstätte

Stempel der Ausbildungsstätte