

BITTE UM BESTÄTIGUNG KLINISCHER HEBAMMENERFAHRUNG

Für Bewerberinnen beim Multi-jurisdictional Midwifery Bridging Project (MMBP),
die sich als praktizierende Hebamme in Nova Scotia, Kanada registrieren lassen möchten

Anweisungen für die Bewerberin

Bitte Teil I ausfüllen und einem Kollegen, Vorgesetzten oder klinischem Ausbilder¹, Betreuer/Koordinator für die Zuweisung klinischer Arbeitsplätze oder einer anderen einschlägig qualifizierten Person übergeben, die Gelegenheit hatte, Sie bei Ihrer Hebammentätigkeit zu beobachten oder die Zugang zu offiziellen Unterlagen hat und Auskunft über Ihre klinischen Erfahrungen geben kann.

TEIL I (von der Bewerberin auszufüllen)

Vollständiger Name der Bewerberin:

Frühere Namen, falls erheblich:

Hiermit ermächtige ich den Gutachter zur Offenlegung sonst vertraulicher Informationen gegenüber dem Multi-jurisdictional Midwifery Bridging Project (MMBP). Mir ist bewusst, dass es sich bei den zwischen Angehörigen dieser Einrichtungen in Bezug auf meine Bewerbung beim MMBP ausgetauschten Informationen um vertrauliche Mitteilungen handelt, und ich verzichte auf eine Offenlegung derselben mir gegenüber.

Unterschrift der Bewerberin:

Datum

HINTERGRUNDINFORMATIONEN

Die in Teil I genannte Bewerberin hat sich um die Teilnahme am Multi-jurisdictional Midwifery Bridging Project (MMBP) beworben, um als Hebamme in der Provinz Nova Scotia zugelassen zu werden und hier praktizieren zu dürfen. Dieses Überbrückungsprogramm wurde entwickelt, um im Ausland ausgebildeten Hebammen zu ermöglichen, etwaige Wissenslücken oder mangelnde praktische Erfahrungen in Bezug auf die von ihnen angestrebte Hebammentätigkeit in Kanada zu identifizieren, zu beseitigen oder zu ergänzen.

Die MMBP-Gutachter nutzen die in diesem Formblatt gemachten Angaben bei ihrer Entscheidung über eine Zulassung der Bewerberin zum MMBP.

¹ Bei einem klinischen Ausbilder handelt es sich um eine erfahrene Hebamme, die die Arbeit einer Hebammschülerin während ihrer Hebammenausbildung im Rahmen eines spezifischen klinischen Praktikums überwacht und kommentiert.

ANWEISUNGEN FÜR DEN DIE KLINISCHE ERFAHRUNG BESTÄTIGENDEN GUTACHTER

Wir sind uns darüber im Klaren, dass Sie möglicherweise nur einen Teil der klinischen Erfahrungen dieser Bewerberin bestätigen können. Die Bewerberin wird weitere Unterlagen einreichen, die ihre Erfahrungen unter Beweis stellen. Bitte bestätigen Sie in dem vorliegenden Formblatt **nur solche Geburten, bei denen Sie persönlich anwesend waren, die Sie überwacht haben, oder von denen Sie die entsprechenden Aktenunterlagen aus dem Krankenhaus oder Ihrer Praxis beibringen können.**

1. Bitte füllen Sie Teil II dieses Formulars aus. Falls notwendig, legen Sie weitere Blätter bei.
2. Tragen Sie Ihren Namen, Kontaktdaten und Berufsbezeichnung in das dafür vorgesehene Feld am Ende des Formulars ein. Es könnte sein, dass wir mit Ihnen Rücksprache nehmen möchten.
3. Unterschreiben und datieren Sie das Formular an der dafür vorgesehenen Stelle.
4. Verschließen Sie das ausgefüllte Formular in einem Umschlag und unterschreiben Sie quer über den Verschluss.
5. Schicken Sie das Formular bitte direkt an die unten angegebene Adresse des CMBC, und zwar entweder per Post oder per Kurier. Händigen Sie es auf keinen Fall der Bewerberin oder einer anderen Person aus, da es hierdurch ungültig wird.

BITTE PER POST ODER KURIER AN DIE FOLGENDE ANSCHRIFT SCHICKEN:

*THE MULTI-JURISDICTIONAL MIDWIFERY BRIDGING PROJECT
c/o College of Midwives of BC*

*#210-1682 West 7th Avenue
Vancouver, British Columbia V6J 4S6
Kanada*

Tel: 604-742-2232 oder 1-888-642-2232 (gebührenfrei)

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung bei der Zusammenstellung dieser wichtigen Informationen. Wir wissen den für Sie damit verbundenen Zeitaufwand und Ihre Bemühungen sehr zu schätzen.

TEIL II (von dem für die Bestätigung der klinischen Erfahrung zuständigen Gutachter auszufüllen)

Verhältnis zur Bewerberin Kollege Ausbilder
 Vorgesetzter Anderes

Bitte beschreiben Sie Ihr Verhältnis zur Bewerberin und begründen Sie, inwiefern Sie deren klinische Erfahrungen bestätigen können:

Bitte geben Sie die Daten so genau wie möglich an. Wenn Sie klinische Erfahrungen über mehrere sich aneinander anschließende Perioden bestätigen, führen Sie diese bitte einzeln und gesondert auf.

Beispiel: Mai 2001 - April 2002 St. Andreas Krankenhaus
 Sept. 2003 - März 2004 St. Andreas Krankenhaus

Die Geburten, die ich bestätigen kann, fanden an den folgenden Daten und Orten statt:		
Von (Monat/Jahr)	Bis (Monat/Jahr)	Name und Ort der Praxis oder Klinik

Beim Ausfüllen der nachfolgenden Tabellen orientieren Sie sich bitte an den folgenden Definitionen:

Hauptverantwortliche Hebamme / Haupthebamme
Die Hauptverantwortliche Hebamme (Haupthebamme) trägt die vollkommene, nicht-delegierte Verantwortung für die ihr anvertraute Mutter und deren Kind. Normalerweise leitet und übersieht die Hauptverantwortliche Hebamme die Kreißphase, die Entbindung und die sich unmittelbar daran anschließende Versorgung des Neugeborenen. Bei Komplikationen obliegt der Hauptverantwortlichen Hebamme die Entscheidung, die Versorgung ärztlichem Fachpersonal zu übertragen; sie sorgt für den Transfer, arbeitet mit dem ärztlichen Fachpersonal zusammen, dem sie ihre Kundin zugewiesen hat und wirkt unterstützend bei der weiteren Versorgung nach dem Transfer mit. Unter Aufsicht arbeitende Lernhebammen, die die Tätigkeit einer Hauptverantwortlichen Hebamme ausüben, werden von dieser Definition ebenfalls erfasst.

Zweite oder assistierende Hebamme
Die zweite Hebamme erfüllt jeweils die Funktion, die nicht von der Hauptverantwortlichen Hebamme ausgeübt wird.

Integrierte Betreuung während der Schwangerschaft
Bewerberinnen haben für eine einzelne Schwangere „integrierte Schwangerschaftsbetreuung“ geleistet, wenn sie als Hebamme bei der betreffenden Schwangeren mindestens einen Besuch vor und einen nach der Geburt vorgenommen und dieselbe Schwangere während der Kreißphase und Geburt (einschließlich der zweiten und dritten Kreißphase) versorgt haben.

Geburt außerhalb eines Krankenhauses
Eine von einer Hebamme geleitete Geburt in einer Einrichtung ohne chirurgische Eingriffsmöglichkeit (Kaiserschnitt) und/oder anästhetische Versorgung (Epiduralanästhesie). Dazu zählen Hausgeburten, Entbindungszentren, Krankenstationen und einige Krankenhäuser.

3. Bei der Bewertung der klinischen Erfahrungen einer Bewerberin durch das MMBP geht es nicht nur darum, die insgesamt von dieser Bewerberin abgeleistete klinische Arbeit festzustellen, sondern auch die von ihr in jüngster Zeit oder gegenwärtig gewonnenen Erfahrungen zu dokumentieren. Hierzu füllen Sie bitte die folgenden Tabellen aus:

Ich kann bestätigen, dass die Bewerberin bei der folgenden Anzahl von Geburten als <u>HAUPTHEBAMME</u> tätig war:			
Gesamtzahl der von ihr als Haupthebamme geleiteten Geburten		Anzahl im letzten Jahr?	
		Anzahl in den letzten 5 Jahren?	
In den folgenden Spalten gliedern Sie bitte die obigen Zahlen auf:			
Anzahl der in einem Krankenhaus durchgeführten Geburten		Anzahl in den letzten 5 Jahren?	
Anzahl der außerhalb eines Krankenhauses durchgeführten Geburten		Anzahl in den letzten 5 Jahren?	

Diese Zahlen basieren auf: tatsächlichen Unterlagen
 Schätzungen

Ich kann bestätigen, dass die Bewerberin bei der folgenden Anzahl von Geburten als <u>ZWEITE HEBAMME</u> tätig war			
Gesamtzahl der Geburten, bei denen sie als zweite Hebamme tätig war		Anzahl im letzten Jahr?	
		Anzahl in den letzten 5 Jahren?	

Diese Zahlen basieren auf: tatsächlichen Unterlagen
 Schätzungen

Ich kann bestätigen, dass die Bewerberin INTEGRIERTE BETREUUNG WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT geleistet hat:
--

Ja
 Nein

Ich kann bestätigen, dass die Bewerberin die folgenden <u>VERSORGUNGSLEISTUNGEN</u> erbracht hat:							
# Besuche vor der Geburt		# Besuche nach der Geburt		# Erstuntersuchungen Neugeborener		# Besuche bei Neugeborenen	
Insgesamt	In den letzten 5 Jahren	Insgesamt	In den letzten 5 Jahren	Insgesamt	In den letzten 5 Jahren	Insgesamt	In den letzten 5 Jahren

Diese Zahlen basieren auf: tatsächlichen Unterlagen
 Schätzungen

4. Bitte beschreiben Sie kurz die Form und den Einsatzbereich von Hebammen in Ihrem Land *(bitte auch von Ihrer medizinischen Einrichtung oder dem Entbindungsort vorgegebene Einschränkungen der Hebammen-Tätigkeit angeben)*:

5. Bitte beschreiben Sie die Örtlichkeit(en), in denen die Bewerberin bei den in den obigen Tabellen aufgeführten Geburten als Hebamme mitwirkte. Bitte geben Sie auch an, auf welche anderen Gesundheitsdienstleistenden sich die Hebamme hätte stützen können, um sich Hilfe oder Rat zu holen oder um eine Verlegung der Gebärenden zu bewirken, und zwar unter Angabe der Entfernung von der betreffenden Örtlichkeit zum Krankenhaus:

6. Bitte beschreiben Sie die Hebammentätigkeit der Bewerberin vor der Geburt und geben Sie an, in welcher Schwangerschaftswoche die Hebammenversorgung üblicherweise beginnt:

7. Bitte beschreiben Sie die Hebammentätigkeit der Bewerberin während der Geburtsphase und geben Sie an, zu welchem Zeitpunkt der Kreißphase die Hebamme üblicherweise eingeschaltet wird:

8. Bitte beschreiben Sie die Hebammentätigkeit der Bewerberin nach der Geburt und geben Sie an, im welchem Alter die Versorgung des Neugeborenen und der Mutter üblicherweise an andere Gesundheitsdienstleistende abgegeben wird:

9. Bitte beschreiben Sie die besonderen Stärken dieser Bewerberin in ihrer Funktion als Hebamme:

10. Bitte erwähnen Sie etwaige Bedenken in Bezug auf die Fähigkeiten und Kenntnisse der Bewerberin:

Allgemeine Bemerkungen:

Name und Berufsbezeichnung des Ausfüllenden:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Unterschrift:

Datum: