

BESCHREIBUNG TYPISCHER PRAKTISCHER TÄTIGKEIT**Für Bewerberinnen beim Multi-jurisdictional Midwifery Bridging Project (MMBP)****ANWEISUNGEN FÜR DIE BEWERBERIN**

Dieses Formular dient zur Erbringung des Nachweises über Ihre praktischen klinischen Erfahrungen während Ihrer Beschäftigung **als Hebamme** in einer Einrichtung des Gesundheitsdienstes (z.B. in einem Krankenhaus, einer Klinik oder einem Entbindungsheim). Diese Angaben sind besonders dann von Nutzen, wenn die betreffende Einrichtung keine *detaillierten* Unterlagen mehr über Ihre klinischen Erfahrungen besitzt.

Bitte füllen Sie Teil I aus und schicken Sie eine Kopie dieses Formulars an die Einrichtung, bei der Sie als Hebamme beschäftigt waren.

TEIL I (von der Bewerberin auszufüllen)

Vollständiger Name der Bewerberin:

Frühere Namen, falls relevant:

Name des Arbeitgebers:

Provinz oder Territorium, wo Sie praktizieren möchten:

Gesundheitseinrichtung, bei der die Bewerberin beschäftigt war:

Angestelltennummer, falls vorhanden:

Beschäftigungszeitraum, von - bis:

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 Bewerberin hat sich um Teilnahme am Multi-jurisdictional Midwifery Bridging Project (MMBP) beworben, um als Hebamme in der/dem in Teil 1 oben angegebenen Provinz / Territorium 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 bzw. zu ergänzen. Für eine Zulassung als Hebamme und die Teilnahme an dem Überbrückungsprogramm müssen Bewerberinnen einen Nachweis ihrer klinischen Erfahrungen als Hebamme erbringen.

Die MMBP-Gutachter nutzen die in diesem Formblatt gemachten Angaben bei ihrer Entscheidung über eine Zulassung der Bewerberin zum MMBP. Die Beschreibung der klinischen Tätigkeit gehört zu den für eine Zulassung erforderlichen Qualifikationskriterien.

ANWEISUNGEN FÜR DEN EHEMALIGEN ARBEITGEBER

HINWEIS: Falls Sie dieses Formular auf elektronischem Wege erhalten haben, drucken Sie das Formular und das digitale Foto bitte aus und folgen Sie dann den weiteren Anweisungen. Die Bewerberin hat ihr Einverständnis mit der Offenbarung sie betreffender vertraulicher Informationen durch Sie erteilt und ist sich bewusst, dass die von Ihnen gemachten Angaben ihr gegenüber nicht offengelegt werden.

1. Füllen Sie Teil II dieses Gutachter-Formulars vollständig aus. Bei Bedarf fügen Sie weitere Seiten hinzu.
2. Tragen Sie Ihren Namen, Kontaktdaten und Ihre Zulassungsnummer in das dafür vorgesehene Feld am Ende des Formulars ein. Diese Angaben sind sehr wichtig, da wir möglicherweise mit Ihnen Rücksprache nehmen und Sie um weitere Informationen bitten werden.
3. Unterschreiben Sie das Formular an der dafür vorgesehenen Stelle.
4. Schicken Sie das Referenzformular 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.*

Das ausgefüllte Formular 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.

MULTI-JURISDICTIONAL MIDWIFERY BRIDGING PROJECT

www.midwiferybridging.ca

TEIL II (vom früheren Arbeitgeber auszufüllen)

1. Bitte den zutreffenden Beschäftigungsstatus der Bewerberin ankreuzen:

- Die Bewerberin hatte eine Vollzeitbeschäftigung als Hebamme.
- Die Bewerberin hatte eine Teilzeitbeschäftigung als Hebamme.

Weitere Bemerkungen:

2. Beschäftigungszeitraum der Bewerberin:

Anfang: _____ (TT/MM/JJ) Ende: _____ (TT/MM/JJ)

Weitere Bemerkungen:

3. Bitte geben Sie die Stellenbezeichnung der Bewerberin an und schildern Sie kurz deren Verantwortlichkeiten als Hebamme in dieser Position.

4. Bitte geben Sie an, wie viele vorgeburtliche Besuche eine Hebamme von oben erwähnter Beschäftigungsposition und Stellung normalerweise durchschnittlich pro Jahr durchführte, und zwar während des Beschäftigungszeitraumes der Bewerberin.

5. Bitte geben Sie an, wie viele nachgeburtliche Besuche eine Hebamme von oben erwähnter Beschäftigungsposition und Stellung normalerweise durchschnittlich pro Jahr durchführte, und zwar während des Beschäftigungszeitraumes der Bewerberin.

6. Bitte geben Sie an, wie viele Geburten eine als **hauptverantwortliche Hebamme**¹ fungierende Hebamme von oben erwähnter Beschäftigungsposition und Stellung normalerweise durchschnittlich pro Jahr durchführte, und zwar während des Beschäftigungszeitraumes der Bewerberin.

¹ 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 die Übergabe und 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.

7. Bitte geben Sie an, wie viele Geburten eine Hebamme von oben erwähnter Beschäftigungsposition und Stellung normalerweise durchschnittlich pro Jahr als Zweite oder Assistierende Hebamme oder in einer anderen Funktion als derjenigen der Haupthebamme durchführte, und zwar während des Beschäftigungszeitraumes der Bewerberin.

Weitere Bemerkungen:

Name und Berufsbezeichnung des Ausfüllenden:

Name des früheren Arbeitgebers:

Name der Gesundheitseinrichtung, in der die Bewerberin beschäftigt war (falls anderslautend als der Name des früheren Arbeitgebers):

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Unterschrift:

Datum: