

Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte

Bezeichnung lt. WBO: _____

1 Träger des Krankenhauses/der Weiterbildungsstätte

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

Rechtsform: _____

2 Krankenhaus

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

Geschäftsführer/
Verwaltungsleiter: _____

Ärztlicher Leiter: _____

Weiterbildungsstätte

Klinik/Anschrift: _____

3 Angaben speziell zur Weiterbildungsstätte

Anzahl der Betten: _____

- | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|------|
| Eigene Intensivabteilung | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | |
| Interdisziplinäre Intensivabteilung | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | |
| Wacheinheit | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | |
| Konsiliartätigkeit | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | |
| Konsiliartätigkeit externer Ärzte | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | |
| Teilnahme am Bereitschaftsdienst | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | |
| Rotationsstellen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | |
| externe Hospitationen möglich | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | |
| Gutachten/Jahr | <input type="checkbox"/> | ja | Anzahl: _____ | <input type="checkbox"/> | nein |
| Feststellungsbescheid/Disziplinspiegel laut Krankenhausplan des Landes Brandenburg | <input type="checkbox"/> | ja | | <input type="checkbox"/> | nein |
| Handbibliothek (Abteilung) | <input type="checkbox"/> | ja | | <input type="checkbox"/> | nein |

Vergütung der Weiterbildungsassistenten nach: _____
(Tarifvertrag)

3.1 Spezialabteilungen entsprechend den Schwerpunkten der Weiterbildungsordnung

Schwerpunkt:	Anzahl der Betten:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3.2 Personelle Besetzung (Anzahl und Qualifikation) ggf. als Anlage 1 beifügen

	Facharzt		Schwerpunkt		Zusatzbezeichnung
	Soll	Ist	Soll	Ist	
Chefärzte	_____	_____	_____	_____	_____
Oberärzte	_____	_____	_____	_____	_____
weitere Fachärzte	_____	_____	_____	_____	_____
Weiterbildungsassistenten	_____	_____	_____	_____	_____
weitere Ärzte	_____	_____	_____	_____	_____

3.3 Statistische Angaben

- Stationärer Bereich _____
- Patientendurchgang /Jahr _____
- Bettenbelegung/Jahr in % _____
- Durchschnittliche Verweildauer (Tage) _____
- Ambulanter Bereich (prä- und postoperativ) _____
- Konsultationen/Jahr _____
- Anzahl der Patienten in der Notfallambulanz _____

3.4 Leistungsstatistik/OP-Statistik (Vorjahr) als Anlage 2 beifügen

3.5 Technische Ausstattung als Anlage 3 beifügen

3.6 Angaben speziell zur Weiterbildung

Anzahl der Veranstaltungen: _____

Freistellung nach Weiterbildungsgesetz ja nein

Weiterbildungspläne/-programme ja nein

Röntgendemonstrationen ja nein

Klinisch-pathol. Demonstrationen ja nein

Klinikinterne Weiterbildung Problemvisiten u. a. ja nein

Interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen ja nein

sonstige Veranstaltungen:

3.7 Qualitätssicherung

Teilnahme ja nein

wenn ja, welche:

4 Ausstattung des Krankenhauses

4.1 Labor

Klinische Chemie einschl. SBH ja nein

Gerinnung ja nein

Hämatologie ja nein

Blutgruppenserologie ja nein

Blutdepot ja nein

Liquoruntersuchung ja nein

4.2 Radiologie

Selbständige Klinik/Abteilung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
CT	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRT	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angiographie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Phlebologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liquoruntersuchung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.3 Sonstiges

Rettungsstelle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonographie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endoskopie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Obduktionsmöglichkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zentralbibliothek	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort

Datum

Stempel/Unterschrift Geschäftsführer/Verwaltungsleiter

Ort

Datum

Stempel/Unterschrift Ärztlicher Leiter

Anlagen

1. Personelle Besetzung (Anzahl und Qualifikation)
2. Leistungs-/OP-Statistik (Vorjahr)
3. Technische Ausstattung