

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie

Weiterbildungsbefugnis beantragt ab: _____

1 Angaben zum Antragsteller

Bitte fügen Sie dem Antrag Ihren beruflichen Werdegang als Anlage bei!

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Geburtsort: _____

Dienststellung: Chefarzt seit _____
Oberarzt/Leitender Arzt * seit _____
fachlicher Vertreter des Weiterbildungsbefugten _____

Praxisinhaber seit _____

angestellter Arzt in der Praxis * seit _____

* Bitte Befürwortung des Chefarztes/Praxisinhabers zur Weiterbildungsbefugnis beifügen

Können Sie eine Weiterbildung in Vollzeit gewährleisten? ja nein

wenn nein, bitte Angabe der Teilzeit in h/Woche: _____

Qualifikationen: Facharzt _____ seit _____
_____ seit _____
Schwerpunkt, Zusatz- _____ seit _____
bezeichnung _____ seit _____
_____ seit _____
_____ seit _____
Sonstiges _____ seit _____
(z. B. RöV, _____ seit _____
Ultraschall _____ seit _____
usw. _____ seit _____

2 Standort der Weiterbildungsstätte

Bitte benennen Sie alle Klinik- oder Praxisstandorte, an denen Sie die Weiterbildung durchführen (ggf. zusätzliche Seite einfügen).

Einrichtung _____

Abteilung: _____

Anschrift: _____

Versorgungsstufe: _____

zusätzliche Angaben für den ambulanten Bereich:

Einzelpraxis mit Zweigpraxis Sonstiges: _____
 Berufsausübungsgemeinschaft mit Zweigpraxis _____
 Medizinisches Versorgungszentrum mit Zweigpraxis _____

Bitte fügen Sie einen Grundriss der Praxis (Skizze) als Anlage bei.

3 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen ja nein

wenn ja, welche

intern

extern

4 Fort- und Weiterbildung

regelmäßige Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen

ja

nein

Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen

ja

nein

Fallbesprechungen

ja

nein

Sicherung von Rotationen/Hospitationen

ja

nein

wenn ja, welche

5 Technische Ausstattung

Bitte fügen Sie eine fachspezifische Geräteliste als Anlage bei.

6 Gegliedertes Programm für die Weiterbildung

Das Weiterbildungsprogramm ist die individuelle Umsetzung der gemäß Weiterbildungsordnung geforderten Weiterbildungsinhalte in einen konkreten internen Ablaufplan für den Arzt in Weiterbildung in seiner Weiterbildungsstätte. In welchen Weiterbildungsabschnitten werden welche Weiterbildungsinhalte unter Ihrer Leitung dem Arzt in Weiterbildung vermittelt? Dieses gegliederte Programm ist dem Arzt in Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 6 der WBO auszuhändigen und diesem Antrag beizufügen.

7 Kognitive und Methodenkompetenzen/Handlungskompetenzen

Zur Beurteilung Ihres Antrages ist es erforderlich, die tatsächlich an Ihrer Weiterbildungsstätte vermittelbaren Kompetenzen nach der WBO 2020 zu erfassen. Bitte füllen Sie daher die Anlage zum Antrag aus.

8 Beschreibung der Weiterbildungsstätte
Die Weiterbildungsstätte ist die Klinik/Praxis _____

8.1 Räumliche Voraussetzungen

Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer ja nein
Internetverbindung ja nein

8.2 Ärztinnen/Ärzte

gesamt	mit Facharztanerkennung	mit Anerkennung Zusatzbezeichnung
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
Vollzeitkräfte / Personen	Vollzeitkräfte / Personen	Vollzeitkräfte / Personen

8.3 Medizinisches Assistenzpersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger _____
Physiotherapeuten _____
sonstiges Assistenzpersonal (z. B. Rö, EEG, EKG, Diat, Labor) _____
Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte _____

8.4 Angaben zur Klinik/Abteilung/Praxis Orthopädie und Unfallchirurgie

stationärer Bereich		Bettenzahl:
eigene Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Orthopädie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
eigene IMC (Wachstation)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____

Zentrale Notfallaufnahme

Welcher Stufe ist die Notaufnahme zugeordnet?

Leiter: _____

Stufe 1 - Basisversorgung
Stufe 2 - erweiterte Notfallversorgung
Stufe 3 - umfassende Notfallversorgung

Anästhesiologie/Intensivmedizin

zentrale Abteilung ja nein

Leiter: _____

Qualifikation: _____

8.5 Fachspezifische Einrichtungen (Fachklinik/Rehaklinik)

allgemeine operative Orthopädie/Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kinder-Orthopädie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wirbelsäulenchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Konservative Orthopädie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

OP-Abteilung

Anzahl der OP-Tische _____
eigener Orthopädie/Unfallchirurgie-OP _____
eigener Kinder-OP _____

8.6 Statistische Angaben

Bitte durch Jahres- oder Quartalsstatistik belegen

Stationärer Bereich

Anzahl Patienten gesamt _____
davon operative Fälle _____
davon konservative Fälle _____
durchschnittliche Verweildauer _____
CMI _____
ambulante Patienten gesamt
(stationärer ersetzend) _____

Ambulanter Bereich

Patient/Quartal _____
Konsultation/Quartal _____
Konsultations- und Hausbesuchstätigkeit/Quartal _____
Belegbetten ja Anzahl _____ nein
Einrichtung _____

8.7 Sonstige Abteilungen bzw. Kooperationen im Krankenhaus oder mit der Praxis

Diagnostik in der Orthopädie/Unfallchirurgie

Durchleuchtungen
Röntgenaufnahmen
Computertomographien
Kernspintomographien
PET
Angiographien
Röntgendemonstration (täglich/wöchentlich)

im Krankenhaus

externe Kooperationspartner

Ultraschalluntersuchungen

Bewegungsapparat
Säuglingshüften

Sonstige

Nuklearmedizin

Histologische Untersuchungen

Nachbehandlung/Physikalische Therapie/Ergotherapie

Physiotherapeuten

Sporttherapeuten

Psychologen

Behandlungsfälle jährlich

Ergotherapie

ja nein

Behandlungsräume

ja nein

Elektrotherapie

ja nein

Rehabilitation

ja nein

Bewegungsbecken

ja nein

MTT

ja nein

Gymnastikraum

ja nein

Unterwassermassagen

ja nein

Pathologie

 ja

Leiter, Qualifikation: _____

 nein

Einrichtung, Leiter _____

Labor

 ja

Leiter, Qualifikation: _____

 nein

Einrichtung, Leiter _____

Orthopädie - Technische Werkstatt

eigene

 ja nein

Einrichtung _____

Gutachten

wissenschaftlich begründete Gutachten/Jahr _____

Haben Sie beigelegt?

Bitte beachten Sie, dass aus allen Anlagen die Bezeichnung der Weiterbildungsstätte hervorgeht (Kopfbogen bzw. Stempel auf jeder Seite)!

Anlage 1: Kognitive und Methodenkompetenz/Handlungskompetenz

Anlage 2: Beruflicher Werdegang

Anlage 3: fachspezifische Geräteliste

Anlage 4: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung

ggf. Praxisgrundriss

ggf. Befürwortung des Chefarztes/Praxisinhabers

Ehrenerklärung

Lt. Beschluss der Kammerversammlung vom 04.12.2021 sind Personen ab Jahrgang 1975 von der Verpflichtung zur Abgabe der Ehrenerklärung befreit.

Ehrenerklärung liegt bereits vor

Die Ehrenerklärung der LÄKB muss in ihrer bestehenden Form nicht wiederholt werden.

Kontaktdaten:

Telefon _____

E-Mail _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

EHRENERKLÄRUNG

Ich versichere, zu keinem Zeitpunkt als offizieller oder inoffizieller Mitarbeiter für das Ministerium für Staatssicherheit bzw. das Amt für Nationale Sicherheit der DDR gearbeitet zu haben.

Ich verpflichte mich, auf Anforderung bei der zuständigen Behörde eine mögliche Zusammenarbeit mit o. g. Institution überprüfen zu lassen.

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel