

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Phoniatrie und Pädaudiologie

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/ Leiters/ 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 _____
	_____	seit _____
Zusatz- bezeichnung	_____	seit _____
	_____	seit _____
	_____	seit _____
Sonstige Anerkennungen	_____	seit _____
	_____	seit _____
	_____	seit _____

Bitte fügen Sie Ihren Beruflichen Werdegang als Anlage bei!

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 Angaben zur Weiterbildungsstätte

3.1 Personelle Besetzung (Angaben zum Personal)

Anzahl der Ärzte Gesamt:	_____		
Chefärzte:	_____	Krankenschwester/-pfleger	_____
Oberärzte:	_____	Medizinische Fachangestellte	_____
Ärzte in Weiterbildung	_____	Logopäden	_____
		sonstiges Assistenzpersonal	_____

3.2 Abteilung und Betten

Abteilung		Anzahl der Betten			
Phoniatry und Pädaudiologie		_____			
Kinder- und Jugendmedizin		_____			
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		_____		Röntgenabteilung am Haus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
davon Kinderbetten		_____		Kooperation? *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eigene Intensivstation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Strahlentherapie am Haus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Interdisziplinäre Intensivstation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Kooperation? *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weiteres Behandlungsspektrum				Labor am Haus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Audiologie/Neurootologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Kooperation? *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonografie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			*Wenn Kooperation, dann bitte bei Punkt 7 angeben!	
Allergologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

Absicherung der Notfallaufnahme und Intensivmedizin

Notfallaufnahme vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leitung der Notfallaufnahme:	_____
Notfallversorgungsstufe	<input type="checkbox"/> Stufe 1 <input type="checkbox"/> Stufe 2 <input type="checkbox"/> Stufe 3
Intensivmedizinische Abteilung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leitung der Abteilung:	_____

3.3 Ausstattung der Weiterbildungsstätte

Anzahl der Operationsräume an der Stätte:	_____	Sind Anästhesien möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl angemieteter Operationsräume:	_____		

Name/Bezeichnung der Klinik oder Praxis, an welcher die Operationsräume angemietet werden:

Welche Operationen werden in den angemieteten Operationsräumen durchgeführt? (ggf. als Anlage beifügen)

4 Spezifische Geräteliste (Anzahl, Baujahr, Typ) - als Anlage beifügen

5 Gutachten

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr _____

6 Statistische Angaben (der letzten 12 Monate)

6.1 stationär

Anzahl der Patienten _____

Durchschnittliche Verweildauer _____ Tage

CMI-Durchschnitt _____

Klinische Konsiliartätigkeit? ja nein Wenn ja, wo? _____

6.2 ambulant

Anzahl der Patienten ambulant _____

ambulante Operationen _____

Konsiliartätigkeit? ja nein

Anzahl Konsultationen _____

Für den ambulanten Bereich:

Ist für den Arzt/Ärztin in Weiterbildung ein eigener Arbeitsplatz vorhanden? ja nein

7 Rotationen / Kooperationen

Erfolgt im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung eine Rotation zwischen verschiedenen kooperierenden Kliniken oder Praxen? ja nein

Name/Bezeichnung der Klinik oder Praxis: _____

Name des Weiterbilders an der Stätte: _____

Häufigkeit oder Ø Stundenanzahl / Woche: _____ oder _____ h/Woche

Inhalt/Thema der Kooperation: _____

Name/Bezeichnung der Klinik oder Stätte: _____

Name des Weiterbilders an der Stätte: _____

Häufigkeit oder Ø Stundenanzahl / Woche: _____ oder _____ h/Woche

Inhalt/Thema der Kooperation: _____

Liegen schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den Kliniken oder Praxen vor? ja nein

Wenn ja – Bitte als Anlage beifügen!

8 Fort- und Weiterbildung

Regelmäßige Teilnahme am interdisziplinären Tumorboard ja nein

Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen ja nein

Fallbesprechungen mit dem/der Arzt/ Ärztin in Weiterbildung ja nein

9 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen ja nein

wenn ja, welche

intern

extern

10 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.

11 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.

Haben Sie beigefügt?

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

- Anlage 1: Beruflicher Werdegang
- Anlage 2: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- Anlage 3: Spezifische Geräteliste
- ggf. schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den Kliniken oder Praxsen
- ggf. Praxisgrundriss
- ggf. Befürwortung des Chefarztes/ Leiters/ 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