

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Innere Medizin und Angiologie

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- bezeichnung	_____	seit _____
	_____	seit _____
	_____	seit _____
Sonstiges (z. B. RÖV, Ultraschall usw.)	_____	seit _____
	_____	seit _____
	_____	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 1 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	Chefarzt	Oberarzt
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
Vollzeitkräfte / Personen	Vollzeitkräfte / Personen	Vollzeitkräfte / Personen
Facharzt	Arzt in Weiterbildung	
_____ / _____	_____ / _____	
Vollzeitkräfte / Personen	Vollzeitkräfte / Personen	

8.3 Statistische Angaben der letzten 12 Monate

stationär		ambulant	
Anzahl der Patienten	_____	Anzahl der Patienten	_____
durchschnittliche Verweildauer	_____ Tage	Anzahl der Konsultationen	_____
Belegung im Berichtsjahr	_____ %		
klinische Konsiliartätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Institutsambulanzen	
		Anzahl der Patienten	_____
		Anzahl der Konsultationen	_____

8.4 Bereiche und Betten

		Bettenanzahl	Leiter
Angiologie		_____	_____
eigene IMC/Wachstation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		_____
Intensivmedizin			_____
interdisziplinäre Intensivstation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		_____
eigene Intensivstation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		_____
Notfallaufnahme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		_____
Welcher Stufe ist die Notaufnahme zugeordnet?			
Stufe 1 - Basisversorgung	<input type="checkbox"/>		
Stufe 2 - erweiterte Notfallversorgung	<input type="checkbox"/>		
Stufe 3 - umfassende Notfallversorgung	<input type="checkbox"/>		
weitere Abteilungen in Zusammenarbeit			

Haben Sie beigefügt?

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

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