

Antrag zur Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis für die Schwerpunktweiterbildung Gynäkologische Onkologie

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- weiterbildung	_____	seit _____
	_____	seit _____
Schwerpunkt- bezeichnung	_____	seit _____
	_____	seit _____
Sonstige Anerkennungen	_____	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 _____

Für den ambulanten Bereich: Bitte fügen Sie den Grundriss der Praxis als Anlage bei!

3 Angaben zur Weiterbildungsstätte

	Bereich vorhanden		Leitung der Abteilungen	Bettenanzahl
Frauenheilkunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Neugeborene	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Wachstation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Intensivmedizin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Weitere Abteilungen	Abteilungen vorhanden		Leitung der Abteilungen	Bettenanzahl
Neonatologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
_____			_____	_____
_____			_____	_____
sonstige Abteilungen bzw. Praxiskooperation (z. B. Kinderchirurgie, Kinderradiologie)			_____	_____
			_____	_____
			_____	_____

4 Angaben zum Personal

4.1 Ärztinnen / Ärzte

Gesamt:	_____	Personen insgesamt, davon	_____	als Vollzeitkraft
Mit Facharztanerkennung	_____	Personen insgesamt, davon	_____	als Vollzeitkraft
Mit Schwerpunktbezeichnung (SP)	_____	Personen insgesamt, davon	_____	als Vollzeitkraft
Mit Zusatzbezeichnung (ZB)	_____	Personen insgesamt, davon	_____	als Vollzeitkraft
Ständige fachärztliche Präsenz Frauenheilkunde und Geburtshilfe gegeben (24h)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Ständig fachärztliche Präsenz Kinder- und Jugendmedizin gegeben (24h)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Mindestens ein Kinderarzt ständig konsiliarisch verfügbar (24h)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

4.2 Medizinisches Assistenzpersonal

Krankenschwester/-pfleger	_____
Fachkrankenschwester/-pfleger Gynäkologie und Geburtshilfe	_____
Hebamme/Entbindungspfleger	_____
sonstiges Assistenzpersonal (z. B. Rö, EEG, EKG, CTG, Labor)	_____
Medizinische Fachangestellte	_____

5 Ausstattung der Weiterbildungsstätte

Anzahl der Operationsräume: _____ laparoskopisches Instrumentarium ja nein
davon aseptisch _____ mikrochirurgisches Instrumentarium ja nein
davon septisch _____ zystoskopisches Instrumentarium ja nein

Anzahl der Kreißsäle: _____

Möglichkeit zur Notsectio im Kreißsaal bzw. Sectio-Operationssaal ja nein

Umsetzung Epiduralanästhesie ja nein

Ausführung Epiduralanästhesie durch Geburtshelfer Anästhesist

Anzahl der Kardiotokographen _____

pH-Messgerät im Kreißsaal ja nein

Arten der Ultraschallgeräte im Kreißsaal _____

Kinderärztliche Versorgung im Kreißsaal ja nein

Kinderärztlicher Notarzt verfügbar ja nein

Kinderärztliche Versorgung der Neugeborenen ja nein

durch Konsiliararzt durch angestellten Arzt

Möglichkeit zur Neugeborenenversorgung durch die Wöchnerin ja nein

Regelmäßige Krankengymnastische Versorgung

Der operierten Patientinnen ja nein

Der Wöchnerinnen (Rückbildungsgymnastik) ja nein

Schwangerschaftsgymnastik ja nein

eigenes zytologisches Labor in der Weiterbildungsstätte ja nein

externe zytologische Untersuchungen durch _____

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

6 Spezifische Geräteliste (Anzahl, Baujahr, Typ) - Bitte als Anlage beifügen!

7 Statistische Angaben (der letzten 12 Monate)

stationär

Anzahl der Patienten _____

durchschnittliche Verweildauer _____ Tage

Belegung im Berichtsjahr _____ %

klinische Konsiliartätigkeit ja nein

ambulant

Anzahl der Patienten _____

Anzahl der Konsultationen _____

7.1 Eingriffsstatistik – Bitte als Anlage beifügen

(Operative Eingriffe der Gynäkologischen Onkologie, sowohl im Rahmen offener Chirurgie als auch endoskopischer minimal-invasiver Verfahren)

8 Gutachten

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr _____

9 Fort- und Weiterbildung

- regelmäßige Teilnahme am Tumorboard ja nein
- Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen ja nein
- Fallbesprechungen mit dem/der Arzt/ Ärztin in Weiterbildung ja nein
- Mitglied eines Weiterbildungsnetzwerkes ja nein
- Erfolgt im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung eine Rotation zwischen verschiedenen Weiterbildungsstätten? ja nein

Rotation an Weiterbildungsstätte	Weiterbildung an dieser Stätte durch	Ø Stundenanzahl / Woche
Stätte: _____	Name: _____	_____ h/Woche
Stätte: _____	Name: _____	_____ h/Woche
Stätte: _____	Name: _____	_____ h/Woche
Stätte: _____	Name: _____	_____ h/Woche

10 Qualitätssicherungsmaßnahmen

- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen ja nein
- wenn ja, welche intern extern

_____	_____
_____	_____
_____	_____

11 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.

12 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: Kognitive und Methodenkompetenz/Handlungskompetenz
- Anlage 2: Beruflicher Werdegang
- Anlage 3: Fachspezifische Geräteliste
- Anlage 4: Eingriffsstatistik
- Anlage 5: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- 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