

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzweiterbildung Phlebologie

Der Erwerb der Zusatzbezeichnung Phlebologie ist nicht mehr an Mindestweiterbildungszeiten gebunden!
Die Erteilung der Befugnis ist daher ausschließlich an Kompetenzen gebunden.

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 _____

Zusatz- _____ seit _____

weiterbildung _____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

Sonstige _____ seit _____

Anerkennungen _____ 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 Angaben zur Weiterbildungsstätte

Die Weiterbildungsstätte ist die Klinik/Praxis _____

3.1 Personelle Besetzung (Angaben zum Personal)

Anzahl der Ärzte Gesamt: _____

Chefärzte: _____

Oberärzte: _____

Ärzte in Weiterbildung: _____

Krankenschwester/-pfleger: _____

Medizinische Fachangestellte: _____

sonstiges med. Personal _____

3.2 Belegbetten vorhanden?

ja nein

Wenn ja, Anzahl _____

3.3 Weitere Fachspezifische Abteilungen im Krankenhaus

Abteilung

Abteilungen vorhanden:

Leitung der Abteilung

Anästhesiologie

ja nein

Chirurgische Abteilung

ja nein

Intensivmedizinische Abteilung vorhanden

ja nein

Leitung der Abteilung: _____

Umfang der intensivmedizinischen Befugnis: _____ Monate

Anzahl Beatmungsbetten: _____ Betten

Anzahl Betten IMC: _____ Betten

3.4 Statistische Angaben

Anzahl der Patienten (in den letzten 12 Monaten)

stationär _____

ambulant _____

Klinische Konsiliartätigkeit?

ja nein

Wenn ja, wo: _____

4 Spezifische Geräteliste (Anzahl, Baujahr, Typ)

Bitte als Anlage beifügen

5 Gutachten

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr _____

6 Fort- und Weiterbildung

regelmäßige Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen

ja nein

Freistellung für die Teilnahme an Fort-/ Weiterbildungsveranstaltungen

ja nein

Fallbesprechungen mit dem/der Arzt/ Ärztin in Weiterbildung

ja nein

7 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen ja nein

wenn ja, welche

intern

extern

8 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.

9 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.

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. Praxisbeschreibung
- 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