

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin

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 _____
Zusatz- bezeichnung _____ seit _____
_____ seit _____
_____ seit _____
_____ seit _____
Sonstige 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

3.1 Angaben zur Intensivstation

Anzahl Betten Gesamt: _____ Betten
 davon Beatmungsbetten: _____ Betten
 davon Betten IMC: _____ Betten
 Intensivstation zertifiziert? ja nein
 Bedingungen für intensivmedizinische Komplexbehandlungen (OPS 8-98f) erfüllt? ja nein

3.2 Welche Fachgebiete werden auf der Intensivstation betreut?

Innere Medizin ja nein
 davon relevante Teilgebiete: _____
 Chirurgie ja nein
 davon relevante Teilgebiete: _____
 Neurologie ja nein
 Neurochirurgie ja nein
 Polytrauma ja nein
 Verbrennungen ja nein
 Kinder und Jugendliche ja nein
 Transplantationen ja nein
 Ist eine ständige Präsenz eines Facharztes mit der ZB Intensivmedizin gegeben (24/7) *
 *24/7 = binnen 30 Minuten am Patientenbett ja nein

4 Angaben zum Personal

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

5 Statistische Angaben (der letzten 12 Monate vor Antragstellung)

Anzahl der Patienten (Gesamt) _____
 davon operativ _____
 davon konservativ _____
 Durchschnittliche Verweildauer _____ Tage
 Durchschnittliche Bettenauslastung _____ %
 Beatmungstage _____ Tage
 Beatmungsstunden _____ Stunden
 TISS-28 Score _____ Punkte klinische Konsiliartätigkeit? ja nein

6 Gutachten

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr _____

7 Fort- und Weiterbildung

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Regelmäßige Teilnahme am Tumorboard | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fallbesprechungen mit dem/der Arzt/ Ärztin in Weiterbildung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beteiligung am Rettungsdienst | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erfolgt im Rahmen der Weiterbildung eine Rotation bzw. eine Kooperation? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
- wenn ja, welche

Bitte fügen Sie Ihre erworbenen Fortbildungspunkte als Anlage bei!

8 Qualitätssicherungsmaßnahmen

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

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

9 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.

10 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: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- Anlage 4: Erworbene Fortbildungspunkte des Antragsstellers
- 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