

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzweiterbildung Schlafmedizin

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 _____

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

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

Schlafmedizinische Abteilung Arbeitsbereich Niederlassung

Bettenzahl _____

Leiter _____

8.1 Räumliche Voraussetzungen

Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer

ja

nein

Internetverbindung

ja

nein

Anzahl Überwachungsräume _____

Größe _____ qm

Anzahl Messräume _____

Größe _____ qm

Räumlichkeiten der Schlafambulanz:

Akustische Isolierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Klimatisierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Abdunkelung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Konsiliarische Tätigkeit / Konsiliardienste / Nachtdienste:
In welchem Abschnitt der Stufendiagnostik beanspruchen Sie Konsiliardienste?

Von welchen Ärzten/Abteilungen werden Patienten zugewiesen?

Wie werden Nachtwachen im Schlaflabor durchgeführt?

Wie ist die ärztliche Versorgung des Schlaflabors während der Nacht gewährleistet?

Ambulante Tätigkeit:

Gibt es eine Schlafambulanz? ja nein

An welchen Tagen und in welchem Zeitraum wird die Schlafambulanz durchgeführt?

8.2 Ärztinnen/Ärzte

gesamt	mit Facharztanerkennung	mit Anerkennung Schwerpunktbezeichnung
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
Vollzeitkräfte / Personen	Vollzeitkräfte / Personen	Vollzeitkräfte / Personen
mit Zusatzbezeichnung		
_____ / _____		
Vollzeitkräfte / Personen		

8.3 Medizinisches Assistenzpersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger	_____
Krankengymnasten	_____
sonstiges Assistenzpersonal (z. B. Rö, EEG, EKG, Diät, Labor)	_____
Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte	_____

8.4 Anzahl Fachkräfte (z. B. Psychologen)

_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

8.5 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 _____

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
- 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