

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie

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 | mit Facharztanerkennung | mit Anerkennung Zusatzbezeichnung |
| _____ / _____ Vollzeitkräfte / Personen | _____ / _____ Vollzeitkräfte / Personen | _____ / _____ Vollzeitkräfte / Personen |

8.3 Medizinisches Assistenzpersonal

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

8.4 Anzahl Fachkräfte (z. B. Psychologen)

| | | | |
|-------|------------|-----------------------------|-------------------------------|
| _____ | angestellt | <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 _____

Anzahl der Patienten mit chronischen
Schmerzen/Quartal _____
(Ausschlüsselung nach Diagnosen auf
Basis ICD 10 oder MASK)

Konsultations- und Hausbesuchstätigkeit/Quartal _____

8.6 Ausstattung und Angebot

Bettenzahl: _____

Anzahl der Operationsräume _____
davon _____
 aseptisch _____
 septisch _____

Anzahl der OP-Tische _____

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