

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Herzchirurgie

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 _____
		_____	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 Medizintechnische 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 Schwerpunktbezeichnung
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
Vollzeitkräfte / Personen	Vollzeitkräfte / Personen	Vollzeitkräfte / Personen

8.3 Medizinisches Assistenzpersonal

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

8.4 Statistische Angaben der letzten 12 Monate

stationär
Anzahl der Patienten _____
durchschnittliche Verweildauer _____ Tage
Belegung im Berichtsjahr _____ %
klinische Konsiliartätigkeit ja nein
wo _____

8.5 Operations- und Krankheitsstatistik der letzten 12 Monate (als Anlage anfügen)

Zeitraum vom _____ bis _____

8.6 Sonstige Einrichtungen

Anzahl der Operationsräume _____
davon
 aseptisch _____
 septisch _____
Anzahl der OP-Tische _____
Eigener Unfall-OP ja nein
Anzahl der Herz-Lungen-Maschinen _____
Eigener Kinder-OP _____
Eigene Rö-Abteilung ja nein
Geräteliste als Anlage anfügen (Baujaher, Typ, Bildschirmverstärker).

8.7 Bezeichnung und Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Gesamtzahl aller Abteilungen _____

_____ **Betten**

Abteilung	Abteilung vorhanden	Betten	Leiter der Abteilungen	Anzahl Ärzte	Anzahl Ass.-Pers.
Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____	_____
Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____	_____
Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____	_____
Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____	_____
Thoraxchirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____	_____
IC-Abteilung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____	_____
Weitere Abteilungen					
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____	_____
Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____	_____
Intensivstation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____	_____
Anästhesie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____	_____

Anzahl Narkosegeräte _____

Intubation mit Doppellumenkatheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Jet-Ventilation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zentrale Notfallaufnahme

Leiter: _____

Welcher Stufe ist die Notaufnahme zugeordnet?

- Stufe 1 - Basisversorgung
- Stufe 2 - erweiterte Notfallversorgung
- Stufe 3 - umfassende Notfallversorgung

Umfang der Jährlichen Radiologischen Diagnostik in der Thoraxchirurgie

Durchleuchtungen	_____	Angiographien	_____
Aufnahmen	_____	intraoperative Angiographien	_____
Tomographien	_____	DSA	_____
CT	_____	sonstige	_____
Kernspintomographie	_____		
Koronarangiographie	_____		
Bronchoskopie	_____		
Röntgendemonstrationen	_____	(wöchentlich)	
Nuklearmedizinische Untersuchungsmöglichkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sonographie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anzahl	_____		
Ultraschalluntersuchungen	_____		
Doppeluntersuchungen	_____		

Abteilungen

Leiter der Abteilung/Einrichtung

Strahlentherapie-Abteilung ja nein

Eigene Pathologie ja nein

Eigender Sektionsraum ja nein

Wird auch Zytologie betrieben? ja nein

Wo werden die Untersuchungen durchgeführt (falls keine eigene Pathologie)?

Eigenes Labor ja nein

Wo werden die Untersuchungen durchgeführt (falls keine eigenes Labor vorhanden ist)?

Inhalatorium ja nein

Nachbehandlung _____

Anzahl Heilgymnasten _____

Anzahl Massageräume _____

Unterwassermassagen ja nein

Rehabilitation ja nein

Arbeitstherapie ja nein

Werden in der Klinik/Abteilung durchgeführt?

Intensivpflege einschl. Defibrillator ja nein

Schrittmacher ja nein

Dialysebehandlung ja nein

Spirometrie ja nein

Oszillographie ja nein

Mediastinoskopie ja nein

Bronchoskopie ja nein

mit starrem Gerät ja nein

mit flexiblem Gerät ja nein

perbronchiale Punktionen ja nein

Thorakoskopie ja nein

Wer leitet das D-Arzt-Verfahren _____

Jährliche Fallzahlen _____

8.8 Erstellung ausführlich begründeter Gutachten

Jährlich _____

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: Operations- und Krankheitsstatistik
- Anlage 4: Liste des Instrumentariums
- Anlage 5: fachspezifische Geräteliste
- Anlage 6: 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

Operations- und Krankheitsstatistik (der letzten 12 Monate)

für den Zeitraum vom _____ bis _____

	<u>Anzahl</u>	
	<u>persönliche OP- und Krankheitsstatistik</u>	<u>OP- und Krankheitsstatistik der Klinik/ Abteilung</u>
Brustwand und Brusthöhle		
Operationen am Thorax		
Rippenresektionen	_____	_____
Brustbeinresektionen	_____	_____
Thorakoplastiken	_____	_____
Extirpationen von Fremdkörpern	_____	_____
Operationen am Tracheo-Bronchialsystem	_____	_____
weitere Eingriffe	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Operationen an der Lunge		
Lungenresektionen	_____	_____
Pleurektomien	_____	_____
Dekortikationen	_____	_____
weitere Eingriffe	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Geschlossene Operationen		
geschlossene Kommissurotomie	_____	_____
Perikardresektion	_____	_____
Anastomosen	_____	_____
Rekonstruktion an herznahen Gefäßen	_____	_____
epi-und myokardiale Schrittmacherimplantationen	_____	_____
weitere Eingriffe	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Offene Operationen		
Eingriffe mit der Herz-Lungenmaschine	_____	_____
Eingriffe in tiefer Hypothermie	_____	_____
Korrektur von angeborenen und erworbenen Herzfehlern	_____	_____
Eingriffe bei Erkrankungen des Koronarsystems	_____	_____
weitere Eingriffe	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Gefäß-, Nerven-und Lymphsystem		
Operationen am peripheren Gefäßsystem der Extremitäten im Zusammenhang mit kardiovaskulären Eingriffen	_____	_____
weitere Eingriffe	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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