

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Kinder- und Jugendchirurgie

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- _____ seit _____

bezeichnung _____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

Sonstiges _____ seit _____

(z. B. RöV, _____ seit _____

Ultraschall _____ seit _____

usw. _____ 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
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

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, EEG, EKG, Diät, 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

Bitte durch Jahres- oder Quartalsstatistik belegen

Stationärer Bereich

Anzahl Patienten gesamt _____

davon operative Fälle _____

davon konservative Fälle _____

durchschnittliche Verweildauer _____

CMI _____

ambulante Patienten gesamt
(stationersersetzend) _____

Ambulanter Bereich

Patient/Quartal _____

Konsultation/Quartal _____

Konsultations- und Hausbesuchttätigkeit/Quartal _____

Belegbetten ja Anzahl _____ nein

Einrichtung _____

8.6 Ausstattung und Angebot

Bettenzahl: _____

Anzahl der Operationsräume
davon _____

 aseptisch _____

 septisch _____

Anzahl der OP-Tische _____

Zentrale Notfallaufnahme

Welcher Stufe ist die Notaufnahme zugeordnet?

Stufe 1 - Basisversorgung

Stufe 2 - erweiterte Notfallversorgung

Stufe 3 - umfassende Notfallversorgung

Leiter: _____

Anästhesiologie/Intensivmedizin

zentrale Abteilung ja nein

Leiter: _____

Qualifikation: _____

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