

# Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Schwerpunktweiterbildung Neonatologie

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 \_\_\_\_\_

\* Bitte Befürwortung des Chefarztes zur Weiterbildungsbefugnis als Anlage beifügen.

Können Sie eine Weiterbildung in Vollzeit gewährleisten?  ja  nein

wenn nein, bitte Angabe der Teilzeit in h/Woche: \_\_\_\_\_

Qualifikationen:	Facharzt	_____	seit _____
		_____	seit _____
	Schwerpunk- bezeichnung	_____	seit _____
		_____	seit _____
	Zusatz- weiterbildung	_____	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  ja  nein

wenn ja, welche

---



---

### 5 Technische Ausstattung

Bitte eine Liste der wesentlichen Geräte als Anlage beifügen!  
(z.B. Inkubator, Transportinkubator, Beatmungsgeräte, Ultraschall)

### 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 Methodenkompetenz/Handlungskompetenz

Zur Beurteilung Ihres Antrages ist es erforderlich, die vermittelbaren Kompetenzen nach der WBO 2020 zu erfassen. Bitte füllen Sie daher die Tabelle zum Punkt "Kognitive- und Methodenkompetenzen" des regulären Antrags Ihres Facharzt-/Teilgebiets-/Zusatz-Weiterbildung vollständig aus und fügen diese als Anlage bei.

**8 Beschreibung der Weiterbildungsstätte**  
Die Weiterbildungsstätte ist die Klinik/Praxis \_\_\_\_\_

**8.1 Angaben zur Kinderklinik**

Bettenzahl \_\_\_\_\_

Perinatalzentrum:

Level 1

Level 2

Perinataler Schwerpunkt

Geburtsklinik

Kinderintensivmedizinische Versorgungsstruktur:

ja

nein

**8.2 Räumliche Voraussetzungen**

Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer

ja

nein

Internetverbindung

ja

nein

**8.3 Ärztinnen/Ärzte**

gesamt

mit Facharztanerkennung

mit Anerkennung Schwerpunktbezeichnung

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Vollzeitkräfte / Personen

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Vollzeitkräfte / Personen

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Vollzeitkräfte / Personen

**8.4 Sonstige Abteilungen bzw. Kooperationen mit Bezug zur Neonatologie**

Spezialabteilungen:

(z.B. Neuropädiatrie, Neurochirurgie)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstige Abteilungen bzw. Kooperationen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8.5 Statistische Angaben der letzten 12 Monate**

Bitte die angegebenen Zahlen durch entsprechende Quartalsstatistiken (für das gesamte Jahr) oder eine Jahresstatistik belegen und als Anlage beifügen!

1. Anzahl der Geburten \_\_\_\_\_

2. Anzahl der Patienten auf der Neonatologie \_\_\_\_\_

3. mitbetreute Geburtskliniken

Bitte Namen der Kliniken angeben!

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sonstiges**

Milchküche

ja

nein

Frauenmilchbank

ja

nein

Frühgeborenen-Nachsorge

ja

nein

### 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: spezifische Geräteliste
- Anlage 4: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- Anlage 5: Quartalsstatistiken oder Jahresstatistik
- ggf. Praxisgrundriss
- ggf. Befürwortung des Chefarztes
- 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