

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

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 _____
 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 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

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 in Kooperation

8.5 Statistische Angaben der letzten 12 Monate

Bitte durch Jahres- oder Quartalsstatistiken belegen und als Anlage beifügen.

stationär

Anzahl der Patienten _____
 Durchschnittliche Verweildauer _____ Tage
 Belegung im Berichtsjahr _____ %
 klinische Konsiliartätigkeit ja nein

ambulant

Anzahl der Patienten _____
 Anzahl der Konsultationen _____

8.6 Ausstattung

Bettenzahl:

organisatorische Leitung

fachliche Leitung

Kinder-Gastroenterologie	_____	_____	_____
Wachstation	_____	_____	_____
Intensivstation	_____	_____	_____
Weitere	_____	_____	_____

8.7 Gutachten

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr _____

Haben Sie beigefügt?

Anlage 1: Kognitive und Methodenkompetenz/Handlungskompetenz

Anlage 2: Beruflicher Werdegang

Anlage 3: Quartalsstatistiken bzw. Jahresstatistik

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