

# Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Neurochirurgie

Weiterbildungsbefugnis beantragt ab: \_\_\_\_\_

## 1 Angaben zum Antragsteller

Bitte fügen Sie dem Antrag Ihren beruflichen Werdegang 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:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis                     | <input type="checkbox"/> mit Zweigpraxis |
| <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft      | <input type="checkbox"/> mit Zweigpraxis |
| <input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum | <input type="checkbox"/> mit Zweigpraxis |

### 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 einer Zusatzbezeichnung  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
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 Ausstattung und Angebot

Bettenzahl: \_\_\_\_\_

Anzahl der Operationsräume  
davon \_\_\_\_\_

    aseptisch \_\_\_\_\_

    septisch \_\_\_\_\_

Anzahl der OP-Tische \_\_\_\_\_

	Bettenzahl	organisatorische Leitung	fachliche Leitung
Intensivstation	_____	_____	_____
Wachstation	_____	_____	_____
weitere Abteilungen	_____	_____	_____

#### 8.6 Statistische Angaben der letzten 12 Monate

stationär		ambulant	
Anzahl der Patienten	_____	Anzahl der Patienten	_____
durchschnittliche Verweildauer	_____ Tage	Anzahl der Konsultationen	_____
Belegung im Berichtsjahr	_____ %		
klinische Konsiliartätigkeit	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein

#### 8.7 Gutachten

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr \_\_\_\_\_

#### 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