



## Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte

Bezeichnung lt. WBO: \_\_\_\_\_

### 1 Krankenhaus

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geschäftsführer/  
Verwaltungsleiter: \_\_\_\_\_

Ärztlicher Leiter: \_\_\_\_\_

#### 1.1 Weiterbildungsstätte

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2 Träger des Krankenhauses/der Weiterbildungsstätte

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Rechtsform: \_\_\_\_\_

### 3 Angaben speziell zur Weiterbildungsstätte

Anzahl der Betten: \_\_\_\_\_

- |  |                          |    |                          |                          |      |
|--|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|------|
| Eigene Intensivabteilung   | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein                     |      |
| Interdisziplinäre Intensivabteilung  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein                     |      |
| Wacheinheit  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein                     |      |
| Konsiliartätigkeit   | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein                     |      |
| Konsiliartätigkeit externer Ärzte  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein                     |      |
| Teilnahme am Bereitschaftsdienst   | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein                     |      |
| Rotationsstellen   | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein                     |      |
| externe Hospitationen möglich  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein                     |      |
| Gutachten/Jahr   | <input type="checkbox"/> | ja | Anzahl: _____            | <input type="checkbox"/> | nein |
| Feststellungsbescheid/Disziplinspiegel laut Krankenhausplan des Landes Brandenburg | <input type="checkbox"/> | ja |                          | <input type="checkbox"/> | nein |
| Handbibliothek (Abteilung)   | <input type="checkbox"/> | ja |                          | <input type="checkbox"/> | nein |

Vergütung der Weiterbildungsassistenten nach: \_\_\_\_\_  
(Tarifvertrag)

#### 3.1 Spezialabteilungen entsprechend den Schwerpunkten der Weiterbildungsordnung

Schwerpunkt:	Anzahl der Betten:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

#### 3.2 Personelle Besetzung (Anzahl und Qualifikation) ggf. als Anlage 1 beifügen

	Facharzt		Schwerpunkt		Zusatzbezeichnung
	Soll	Ist	Soll	Ist	
Chefärzte	_____	_____	_____	_____	_____
Oberärzte	_____	_____	_____	_____	_____
weitere Fachärzte	_____	_____	_____	_____	_____
Weiterbildungsassistenten	_____	_____	_____	_____	_____
weitere Ärzte	_____	_____	_____	_____	_____

#### 3.3 Statistische Angaben

- Stationärer Bereich \_\_\_\_\_
- Patientendurchgang /Jahr \_\_\_\_\_
- Bettenbelegung/Jahr in % \_\_\_\_\_
- Durchschnittliche Verweildauer (Tage) \_\_\_\_\_
- Ambulanter Bereich (prä- und postoperativ) \_\_\_\_\_
- Konsultationen/Jahr \_\_\_\_\_
- Anzahl der Patienten in der Notfallambulanz \_\_\_\_\_

**3.4 Leistungsstatistik/OP-Statistik (Vorjahr) als Anlage 2 beifügen**

**3.5 Technische Ausstattung als Anlage 3 beifügen**

**3.6 Angaben speziell zur Weiterbildung**

Anzahl der Veranstaltungen: \_\_\_\_\_

Freistellung nach Weiterbildungsgesetz  ja  nein

Weiterbildungspläne/-programme  ja  nein

Röntgendemonstrationen  ja  nein

Klinisch-pathol. Demonstrationen  ja  nein

Klinikinterne Weiterbildung Problemvisiten u. a.  ja  nein

Interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen  ja  nein

sonstige Veranstaltungen:

---

---

---

**3.7 Qualitätssicherung**

Teilnahme  ja  nein

wenn ja, welche:

---

---

**4 Ausstattung des Krankenhauses**

**4.1 Labor**

Klinische Chemie einschl. SBH  ja  nein

Gerinnung  ja  nein

Hämatologie  ja  nein

Blutgruppenserologie  ja  nein

Blutdepot  ja  nein

Liquoruntersuchung  ja  nein

## 4.2 Radiologie

Selbständige Klinik/Abteilung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
CT	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRT	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angiographie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Phlebologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liquoruntersuchung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 4.3 Sonstiges

Rettungsstelle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonographie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endoskopie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Obduktionsmöglichkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zentralbibliothek	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Geschäftsführer/Verwaltungsleiter

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Ärztlicher Leiter

### Anlagen

1. Personelle Besetzung (Anzahl und Qualifikation)
2. Leistungs-/OP-Statistik (Vorjahr)
3. Technische Ausstattung