



Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Urologie

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-
 bezeichnung _____ seit _____
 _____ seit _____
 _____ seit _____
 Sonstiges (z. B. Röntgen,
 Ultraschall usw.) _____ seit _____
 _____ seit _____
 _____ seit _____

Kontaktdaten: Telefon _____ E-Mail _____

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 Gutachten

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr _____

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 Angaben zur Weiterbildungsstätte

8.1 Räumliche Voraussetzungen

Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer ja nein

Internetverbindung ja nein

8.2 Ärztinnen/Ärzte

gesamt

mit Facharztanerkennung

mit Anerkennung Zusatzbezeichnung

_____/_____
Vollzeitkräfte / Personen

_____/_____
Vollzeitkräfte / Personen

_____/_____
Vollzeitkräfte / Personen



8.3 Medizinisches Assistenzpersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger _____
 Physiotherapeuten _____
 sonstiges Assistenzpersonal (z. B. Rö, EEG, EKG, Diat, Labor) _____
 Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte _____

8.4 Bereiche und Betten

	Anzahl	organisatorische Leitung	fachliche Leitung
Urologie	_____	_____	_____
Intensivstation	_____	_____	_____
Wachstation	_____	_____	_____
Radiologie	_____	_____	_____
weitere Abteilungen	_____	_____	_____

8.5 Statistische Angaben der letzten 12 Monate

stationär

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

ambulant

Anzahl der Patienten _____
 Zahl der Konsultationen _____

8.6 Ausstattung

Anzahl der Operationsräume _____
 davon aseptisch _____ septisch _____

Haben Sie beigefügt?

- 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

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