

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin

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 _____
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: _____

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 Interdisziplinäre Notfallaufnahme.

Spezielle Notfallversorgung

Basisversorgung

erweiterte Notfallversorgung

umfassende Notfallversorgung

8.1 Räumliche Voraussetzungen

Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer

ja

nein

Internetverbindung

ja

nein

8.2 Ärztinnen/Ärzte

gesamt

mit Facharztanerkennung

mit Anerkennung ZB Klinische Akut- und Notfallmedizin

_____/_____
VK-Äquivalente / Personen

_____/_____
VK-Äquivalente / Personen

_____/_____
VK-Äquivalente / Personen

8.3 Medizinisches Assistenzpersonal

| | | |
|---|---------------|-------------------------|
| Pflegepersonal | _____ / _____ | VK-Äquivalente/Personen |
| davon mit Fachweiterbildung "Notfallpflege" | _____ / _____ | VK-Äquivalente/Personen |
| Medizinische Fachangestellte | _____ / _____ | VK-Äquivalente/Personen |
| Rettungsdienstpersonal | _____ / _____ | VK-Äquivalente/Personen |
| Sonstige | _____ / _____ | VK-Äquivalente/Personen |

Bezeichnungen

8.4 Andere Fachkräfte (z. B. Psychologen)

8.5 Statistische Angaben der letzten 12 Monate

Patientenkontakte Notaufnahme gesamt: _____
 davon ambulant _____
 davon stationär _____
 davon vorstationär _____
Konsiliartätigkeit (z. B. Reanimationsteam) ja nein

8.6 Ausstattung und Angebot

Behandlungsplätze gesamt _____
 davon Bettenplätze (Station) _____
 davon mit Beatmungsmöglichkeit (Interventions-/Schockräume): _____

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

- 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