



**ÄRZTEKAMMER HAMBURG**  
Weidestraße 122 B (Alstercity)  
22083 Hamburg  
Tel.: 20 22 99 - 264 / - 265

**KRANKENHAUS**

**Erhebungsbogen zum Antrag  
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis für die  
Zusatz-Weiterbildung**

**ANDROLOGIE**

---

**A. UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang von  
\_\_\_\_\_ **(Angabe in Monaten)**

**B. ANGABEN ZUR PERSON:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift der Klinik / Klinikabteilung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

Zusatzweiterbildung Andrologie seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**BERUFLICHE STELLUNG:** Voll-  Teilzeittätigkeit als: \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

Dienststellung in der Abteilung: \_\_\_\_\_

**Bitte Einzelheiten zum beruflichen Werdegang als gesonderte ANLAGE beifügen !**

Weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Ärzten?

 Nein /  Ja

Vertragsärztliche Ermächtigung?

 Nein /  Ja, welche\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Sind / waren Sie bereits in einem Gebiet / Schwerpunkt etc. zur Weiterbildung befugt ?  Nein /  Ja, bitte angeben:

WB-Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_

zeitlicher Umfang \_\_\_\_\_ Monate

**C. ANGABEN ZUR EIGENEN KRANKENHAUSABTEILUNG / WEITERBILDUNGSSTÄTTE:****1. Einbindung der Abteilung in die Krankenhausstruktur  
(selbständig / zugeordneter Funktionsbereich etc.)**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**2.1 Bettenführende Station/-en**\_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_**2.2 Spezialabteilungen (z.B. Notaufnahme, Poliklinik, Ambulanz,  
Funktionsabteilung)**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Bitte Angaben zum IVF-Zentrum sowie  
zum andrologischen Labor als ANLAGE 1 beifügen !****3. Besondere apparative Ausstattung der Abteilung****Bitte Angaben hierzu als ANLAGE 2 beifügen !**

**4. Leistungsspektrum der Abteilung**

Spezielles Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres als **ANLAGE 3** beifügen.

**5. Fachliche Schwerpunkte der Abteilung**

Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 4** beifügen !

**6. Zugang zu Fachinformationen**

Bibliothek mit gängiger Fachliteratur  Ja  Nein

Nutzung von Datennetzen  Ja  Nein

Regelmäßige Klinikfortbildung  Ja  Nein

**D. ANGABEN ZUR STRUKTURIERUNG DER WEITERBILDUNG IN IHRER ABTEILUNG:**

1. Bitte strukturierten Weiterbildungsplan als **gesonderte ANLAGE** beifügen !

2. Ist für die Absolvierung der Weiterbildung in Ihrer Abteilung eine Rotation erforderlich?

JA  NEIN

Wenn ja, ist die Rotation für die Weiterzubildenden organisatorisch gesichert?

JA  NEIN

3. Wie wird die Weiterbildung – unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 2 – dokumentiert ?

in Form des Logbuches

in Form eines eigenen Dokumentationssystems

**E. ANGABEN ZUR PERSONELLEN BESETZUNG:**

<b>Gesamtzahl der Ärzte</b>	_____	davon beteiligt an der WB-Vermittlung	_____
<b>Oberärzte</b>	_____	davon mit Facharztanerkennung	_____
<b>Assistenzärzte</b>	_____	davon mit Facharztanerkennung	_____

**Konsiliarärzte für die Abteilung**

Nein /  Ja, mit der Fachrichtung

---



---



---

F. **ALLGEMEINE STATISTISCHE ANGABEN DER ABTEILUNG:**

1. Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_
2. Durchschnittliche Verweildauer \_\_\_\_\_ (Tage)
3. Belegung im Berichtsjahr in % \_\_\_\_\_

Bitte Ausdruck des aktuellen Qualitätsberichtes der Abteilung als **gesonderte ANLAGE** beifügen !

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

**ANLAGE 1**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

**ANGABEN ZU DER ABTEILUNG:**

Gehört zu der von Ihnen geleiteten Abteilung ein:

**1. IVF-Zentrum?**

JA  NEIN

Falls nein, in wessen Zuständigkeit liegt dieses Zentrum?

Namen des Leiters: \_\_\_\_\_

**2. andrologisches Labor?**

JA  NEIN

Falls nein, in wessen Zuständigkeit liegt dieses Labor?

Namen des Leiters: \_\_\_\_\_



**ANLAGE 3****Leistungsspektrum der Klinikabteilung**

<b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>	<b>Leistungszahl pro Jahr</b>
Dokumentation über angewandte Verfahren der assistierten Reproduktion im Rahmen interdisziplinärer Indikationsstellung	
andrologische Beratung auch onkologischer Patienten einschl. Kryokonservierung von Spermatozoen und Hodengewebe	
Dokumentation von andrologischen Behandlungsfällen einschl. der Symptomatik des alternden Mannes	
Behandlung entzündlicher Erkrankungen des männlichen Genitale	
Behandlung der Gynäkomastie	
Behandlung von Störungen der Erektion und Ejakulation	
Ejakulatuntersuchungen einschl. Spermaaufbereitungsmethoden	
sonographische Untersuchungen des männlichen Genitale	
Hodenbiopsie einschl. Einordnung der Histologie in das Krankheitsbild	
Sonographie der männlichen Brust	

---

Unterschrift/Stempel  
des/der Antragstellers/-stellerin

## **ANLAGE 4**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

### **Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten der Abteilung**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.