

Krankenhaus

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

**Allergologie**

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: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

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

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

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

**BERUFLICHE STELLUNG:**

Voll-  Teilzeittätigkeit als: \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

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

Bitte Einzelheiten zum beruflichen Werdegang als **ANLAGE 1** beifügen !

Weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Ärzten?

Nein /  Ja

Vertragsärztliche Ermächtigung?

Nein /  Ja, welche

---

---

Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt zur Weiterbildung befugt ?

Nein /  Ja, bitte angeben:

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

Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_

in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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

C. **ANGABEN ZUR EIGENEN KRANKENHAUSABTEILUNG / WEITERBILDUNGSSTÄTTE:**

1. **Einbindung der allergologischen Weiterbildungsstätte in die Krankenhausstruktur (selbständig / zugeordneter Funktionsbereich etc.)**

---

---

2. **Bettenführende Station/-en**

\_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_

3. **Besondere apparative Ausstattung der allergologischen Weiterbildungsstätte**

Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 2** beifügen !

4. **Fachliche Schwerpunkte der allergologischen Weiterbildungsstätte**

Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 3** beifügen !

5. **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:**

**Gesamtzahl der Ärzte** \_\_\_\_\_ davon beteiligt an der WB-Vermittlung \_\_\_\_  
**Oberärzte** \_\_\_\_\_ davon mit Facharztanerkennung \_\_\_\_  
**Assistenzärzte** \_\_\_\_\_ davon mit Facharztanerkennung \_\_\_\_

**Konsiliarärzte für die allergologische Weiterbildungsstätte**

Nein /  Ja, mit der Fachrichtung

---

---

---

**F. ALLGEMEINE STATISTISCHE ANGABEN DER ALLERGOLOGISCHEN WEITERBILDUNGSSTÄTTE:**

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

Spezielles Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres

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:

### **Beruflicher Werdegang**

1. Ärztliche Ausbildung
  
2. AiP-Ausbildung
  
3. Fachärztliche Weiterbildung
  
4. Zusatzqualifizierungen
  
5. Ärztliche Tätigkeiten im Ausland
  
6. Forschung / Wissenschaftliche Tätigkeit  
(ggf. Liste der Publikationen beifügen)
  
7. Lehrtätigkeiten in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten fünf Jahren



## **ANLAGE 3**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

### **Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten der allergologischen Weiterbildungsstätte**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

## ANLAGE 4

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

### Zahl der Patienten im Funktionsbereich Allergologie (12 Mte. Statistik)

_____	_____	_____	_____
Dermatologie	HNO-Heilkunde	Pneumologie	Paediatric

### Jahresleistungsstatistik in Patientenzahlen:

**Cutane Testungen** \_\_\_\_\_ davon:

Prick \_\_\_\_\_

Scratch \_\_\_\_\_

Intracutan \_\_\_\_\_

**Epicutane Testungen** \_\_\_\_\_

Andere Hautteste z.B. Testungen auf Photoallergie (Art und Zahl)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Provokationen** \_\_\_\_\_ davon:

oral: \_\_\_\_\_

nasal: \_\_\_\_\_

konjunktival: \_\_\_\_\_

bronchial: \_\_\_\_\_

Hyposensibilisierungen \_\_\_\_\_

Immunpath. Diagnostik \_\_\_\_\_

Immunologische in vitro-Untersuchungen \_\_\_\_\_

Broncho-pneumolog. Diagnostik:

(Spirometrie, Bodyplethysmographie, Provokationen, Diffusion u.a.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Spezifische nasal-Testungen \_\_\_\_\_

sonst. HNO-spez. Behandlungsmethoden

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voraussetzungen zur Notfallbehandlung vorhanden (z.B. anaphylakt. Schock) ?

ja

nein