

**Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsberechtigung
im Gebiet**

Anästhesiologie

A. **UMFANG DER BERECHTIGUNG**

Beantragt wird die Berechtigung zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang von
_____ (Angabe in Monaten)

B. **PERSÖNLICHE ANGABEN:**

Name: _____ Vorname: _____ geb.am: _____

Praxisanschrift: _____ Tel.: _____

Kassenarztnummer: _____

Privatanschrift: _____

niedergelassen in Voll- Teilzeittätigkeit als:

Facharzt/Fachärztin für Anästhesiologie seit: _____

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für

Anästhesiologie seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

_____ seit: _____

_____ seit: _____

_____ seit: _____

Sind / waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für eine Qualifikation zur Weiterbildung befugt?

Ja / Nein

Falls Ja, bitte angeben:

Weiterbildungsstätte _____

Zeitraum von _____ bis _____

zeitlicher Umfang _____ Monate

C. ANGABEN ZUR PRAXIS:

1. Praxisform

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis

Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____

Praxismgemeinschaft

Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)¹

Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____

ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung

z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft

2. Räumliche Ausstattung

Größe der Praxis in m²: _____

Gesamtzahl der Räume: _____

davon: _____ Behandlungsräume
 _____ Funktionsräume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten Ja / Nein

3. Apparative Ausstattung der Praxis:

Grundausrüstung

Labor:	
Röntgen:	
Sonographie:	
EKG / Ergometrie:	
Endoskopie:	
Zytologie:	
Physikalische Therapie:	
EEG:	

Fachspezifische Ausstattung

Bitte genaue Angaben zur fachspezifischen, räumlichen und apparativen Ausstattung als ANLAGE 1 beifügen !

¹ Bei der Tätigkeit in einem MVZ muss sichergestellt werden, dass der zur Weiterbildung befugte Arzt in jedem Fall weisungsbefugt gegenüber dem Weiterbildungsassistenten ist. Bitte fügen Sie diesem Antrag eine entsprechende Bestätigung als gesonderte **ANLAGE** bei.

4. Personelle Ausstattung (Bitte Anzahl angeben)a) Ärztinnen / Ärzte davon Fachärztedavon
Vollzeit / Teilzeit
_____/____davon
Vollzeit / Teilzeit
_____/____b) Medizinisches Assistenzpersonal

	Anästhesie- schwester	Krankenschwester mit Anästhesie- kenntnissen	MTA mit Anästhesie- kenntnissen	Med. Fachangestellte mit Anästhesie- kenntnissen
Vollzeit:				
Teilzeit:				

5. Umfang der PatientenversorgungDurchschnittliche Fallzahl pro Quartal: des/der Antragsteller/-stellerin

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

 der Gemeinschaftspraxis etc.

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

6. Angaben zum Leistungsspektrum der PraxisBitte fügen Sie eine aktuelle **Einzelleistungs-Statistik** der **Honorarabrechnung** der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bei !**7. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin**Bitte auf **ANLAGE 2** vermerken.**8. Möglichkeiten zur Fachinformation**Bitte auf **ANLAGE 3** vermerken.D. **PERSÖNLICHE UND FACHLICHE EIGNUNG:****9. Lehrtätigkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten 5 Jahren** Ja * Nein* Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.**10. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre**

Bitte Punktekontoauszug der Fortbildungsakademie als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

11. Teilnahme an Qualitätszirkeln:

- Nein
 Ja (welche:)

12. Beruflicher Werdegang

Bitte als **ANLAGE 4** beifügen.

13. Strukturierter Weiterbildungsplan

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

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

- in Form des Logbuches
 in Form eines eigenen Dokumentationssystems

E. BELEGARZTTÄTIGKEIT / KONSILIARTÄTIGKEIT:

Nein

Ja / Name des Krankenhauses: _____
 _____ Bettenzahl
 _____ Behandlungsfälle pro Jahr
 _____ Zeitlicher Umfang der belegärztlichen Tätigkeit
 (Bitte Prozentsatz der Gesamtarbeitszeit angeben)

ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFGENOSSENSCHAFT

Nein

Ja

Hamburg, den: _____

 (Unterschrift / Stempel des/der
 Antragstellers/-stellerin)

ANLAGE 1**ANGABEN ZUR FACHSPEZIFISCHEN AUSSTATTUNG DER PRAXIS**

Methoden / Untersuchungsverfahren	Gerätetyp
Narkosebeatmungsgerät:	
EKG:	
Blutdruckmessung:	
Pulsoxymetrie:	
Kapnometrie:	
Narkosegasmonitoring:	
Temperaturmessung:	
Defibrillator:	
Labor (Blutzucker, HB, Hämatokrit):	
Aufwachraum mit Monitoring:	
Sonstige Einrichtungen:	

NARKOSEMINUTEN (GENERELL IN 2 OPERATIVEN FÄCHERN)*:

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

*) Eventuell kann eine einjährige Weiterbildungsberechtigung bei nur einem Fach erteilt werden, wenn das Ergebnis einer Praxisbegehung zu einem positiven Votum führt.

ANLAGE 2

Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten des/der Antragstellers/-stellerin

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Unterschrift/Stempel
des/der Antragstellers/-stellerin

ANLAGE 3

Möglichkeiten zur Fachinformation

1) Angaben zur Bibliothek:

Ihre Angaben beziehen sich auf

Online-Medien vor Ort einsehbare Medien

Fachzeitschriften des Gebietes, und zwar

International anerkannte Fachzeitschrift: _____

Fachbücher des Gebietes, und zwar

2) Zugang zu Datennetzen:

Ja Nein

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 4

Beruflicher Werdegang

1. Ärztliche Ausbildung

2. AiP-Ausbildung

3. Fachärztliche Weiterbildung

4. Zusatzqualifizierungen

5. Ärztliche Tätigkeiten im Ausland

6. Forschung und Lehre
(ggf. Liste der Publikationen beifügen)

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin