



ÄRZTEKAMMER HAMBURG  
Humboldtstraße 56 (Ärztehaus)  
22083 Hamburg  
Tel.: 22 802 - 414 / - 492

KRANKENHAUS

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

**Diabetologie**

- Innere und Allgemeinmedizin -

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 Innere Medizin / Allgemeinmedizin /  
Innere und Allgemeinmedizin seit: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

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

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

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

**BERUFLICHE STELLUNG:**

Tätigkeit 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

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

Waren / Sind Sie für eine andere Qualifikation zur Weiterbildung befugt ?

Nein / Ja, bitte angeben:

Weiterbildungs-Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_  
seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ / zeitlicher Umfang \_\_\_\_\_ Monate**C. ANGABEN ZUR EIGENEN KRANKENHAUSABTEILUNG / WEITERBILDUNGSSTÄTTE:****1. Einbindung der Abteilung in die Krankenhausstruktur  
(selbständig / zugeordneter Funktionsbereich etc.)**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**2. Kooperation mit anderen Einrichtungen:**

\_\_\_\_\_

**3. Besondere apparative Ausstattung der Abteilung**Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 1** beifügen !**4. Fachliche Schwerpunkte der Abteilung**Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 2** 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. Bitte Curricula zur strukturierten Schulung für alle angewandten Therapieformen entsprechend den aktuellen Leitlinien der DDG als **gesonderte ANLAGE** beifügen !

3. **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

4. **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	_____

**Konsiliarische Zusammenarbeit mit folgenden Fachgruppen:**

- Augenarzt
- Neurologe
- Nephrologe
- Kardiologe
- Radiologe / interventionelle Angiologie
- Gefäßchirurg
- Psychologe oder Psychotherapeut
- Diätassistentin<sup>1</sup>
- Orthopädie-Schuhmacher
- Podologe
- Gynäkologe/Geburtshelfer

<b>Diabetologe</b>	_____	Teil- / Vollzeit
<b>Diabetesberaterin (Standard nach DDG)</b>	_____	Teil- / Vollzeit
<b>Diabetesassistentin (Standard nach DDG)</b>	_____	Teil- / Vollzeit

<sup>1</sup> Nicht jede WB-Stätte hat eine Diätassistentin vor Ort. Wenn eine Diabetesassistentin, die ebenfalls erforderlich ist, eine Weiterbildung aufbauend auf ihrer Ausbildung zur Diätassistentin absolviert hat, ist eine konsiliarische Zusammenarbeit nicht notwendig.

F. **ALLGEMEINE STATISTISCHE ANGABEN DER ABTEILUNG:****1. Fallzahl pro Jahr**

\_\_\_\_\_ Typ 1 Diabetiker

\_\_\_\_\_ Typ 2 Diabetiker

(Hauptdiagnose und/oder Schwerpunkt-Betreuung, z.B. Konsilardienst)

\_\_\_\_\_ neue schwangere Diabetikerinnen (Typ 1 und Typ 2)

\_\_\_\_\_ Pumpenpatienten

**2. Strukturierte Schulungen pro Jahr**

ICT-Schulungen bei \_\_\_\_\_ Patienten

Schulungen für nicht insulinpflichtige Patienten: \_\_\_\_\_

Bitte die Anzahl der behandelten Patienten z.B. durch Konsiliarscheine oder Leistungsnachweise als **gesonderte ANLAGE** dokumentieren !

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

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

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



## **ANLAGE 2**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.