

KRANKENHAUS

Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis

Facharzt für „Innere Medizin und Angiologie“
- bezogen auf den speziellen Abschnitt der Weiterbildung -

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 seit: _____
„Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie“ seit: _____

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

Schwerpunkt Angiologie 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 zur intensiv-stationären Weiterbildung 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:

Gesamtzahl der Ärzte _____ davon beteiligt an der WB-Vermittlung _____

Oberärzte _____ davon mit Facharztanerkennung _____

Assistenzärzte _____ 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 eine Intensivstation?

JA NEIN

Falls nein, in wessen Zuständigkeit liegt diese Station?

Name des Leiters: _____

ANLAGE 3**Leistungsspektrum der Klinikabteilung**

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Leistungszahl pro Jahr
Invasive und nichtinvasive Funktionsuntersuchungen, davon	
- Messungen des systolischen Blutdruckes peripherer Arterien	
- Oszillographien/Rheographien	
- Kapillaroskopien	
- transcutane Sauerstoffdruckmessungen	
- Venenverschlussplethysmographien	
- Phlebodynamometrien	
- rheologische Untersuchungsmethoden	
- ergometrische Verfahren zur Gehstreckenbestimmung	
Doppler-/Duplex-Untersuchungen, davon an den	
- Extremitäten versorgenden Arterien	
- Extremitäten versorgenden Venen	
- abdominalen und retroperitonealen Gefäßen	
- extracraniellen hirnzuführenden Gefäßen	
- intrakraniellen Gefäßen	
Sklerosierung oberflächlicher Varizen	

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.