

KRANKENHAUS / PRAXIS

**Erhebungsbogen zum Antrag  
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis  
zum Facharzt für**

**Visceralchirurgie**

- 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 / Praxis:

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

niedergelassen in  Voll-  Teilzeittätigkeit als: (entfällt ggf.):

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

Kassenarztnummer (entfällt ggf.): \_\_\_\_\_

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

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

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

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

Schwerpunkt Visceralchirurgie seit: \_\_\_\_\_

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

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

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

**NUR KLINIKÄRZTE****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 für eine Qualifikation gemäß Weiterbildungsordnung zur Weiterbildung befugt ?

 Ja /  Nein*Falls Ja, bitte angeben:*

Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_

Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_**2.2 Intensivabteilung**  Nein /  Ja

Bettenzahl \_\_\_\_\_

### 2.3 Spezialabteilungen (z.B. Notaufnahme, Poliklinik, Ambulanz, Funktionsabteilung)

|       |                  |
|-------|------------------|
| _____ | Bettenzahl _____ |
| _____ | Bettenzahl _____ |
| _____ | Bettenzahl _____ |
| _____ | Bettenzahl _____ |

## ALLE ANTRAGSTELLER

### 3. Besondere apparative Ausstattung der Abteilung / Praxis

Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 1** beifügen !

### 4. Fachliche Schwerpunkte der Abteilung / Praxis

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 / PRAXIS :

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

**NUR KLINIKÄRZTE**

**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 %** \_\_\_\_\_

**Spezielles Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres (bei operativen Fächern OP-Statistik) aufgeschlüsselt nach den geforderten Richtzahlen der Weiterbildungsordnung**

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

**G. IST IN IHRER ABTEILUNG EINE TRAUMABEHANDLUNG MÖGLICH?**

*(interdisziplinäre Konferenzen wie z.B. Tumor-, Gastro-und/oder Nuklearkonferenz)*

Ja  Nein Bemerkung: \_\_\_\_\_

**NUR NIEDERGELASSENE ÄRZTE****H. Angaben zur Praxis:****1. Praxisform**

- Einzelpraxis  
 Gemeinschaftspraxis  
 Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_  
 Praxisgemeinschaft  
 Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_  
 Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)<sup>1</sup>  
 Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_  
 ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung  
 z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft

**2. Räumliche Ausstattung**

Größe der Praxis in m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Bei einer Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum 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.

Gesamtzahl der Räume: \_\_\_\_\_  
davon: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Behandlungsräume  
Funktionsräume  
sonstige Räume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten  Ja /  Nein

### 3. Personelle Ausstattung (Bitte Anzahl angeben)

a) Ärztinnen / Ärzte davon Fachärzte

\_\_\_\_\_  
**davon** **davon**  
Vollzeit / Teilzeit Vollzeit / Teilzeit  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

b) Medizinisches Assistenzpersonal

|           | Medizinische Fachangestellte | MTA / MTRA | Krankenschwestern | Sonstige (bitte nennen) |
|-----------|------------------------------|------------|-------------------|-------------------------|
| Vollzeit: |                              |            |                   |                         |
| Teilzeit: |                              |            |                   |                         |

### 4. Umfang der Patientenversorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal:

#### der Einzelpraxis

Kassenpatienten: \_\_\_\_\_  
Privatpatienten: \_\_\_\_\_

#### der Gemeinschaftspraxis

davon entf. a. d. Antragsteller/ stellerin

Kassenpatienten: \_\_\_\_\_  
Privatpatienten: \_\_\_\_\_

## ALLE ANTRAGSTELLER

### I. SONSTIGE EINRICHTUNGEN

#### RÖNTGENDIAGNOSTIK

|                      | eigene Einrichtung       | zentrale Krhs- Einrichtung | außer Haus               |
|----------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Röntgenaufnahme      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Durchleuchtung       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Computertomographie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Röntgendemonstration | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| MRT                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

#### ULTRASCHALLDIAGNOSTIK (SONOGRAPHIE) UMFANG DER JÄHRLICHEN LEISTUNGEN

|                               | eigene Einrichtung       | zentrale Krhs- Einrichtung | außer Haus               |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Abdominale Sonographie        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Duplex-Sonographie            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Untersuchung der Thoraxorgane | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsen-sonographie      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Sonographie der Mama          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Endosonographie               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

Sofern keine Röntgenabteilung vorhanden ist:  
Wo werden die Untersuchungen erbracht? \_\_\_\_\_

## SONSTIGE UNTERSUCHUNGSVERFAHREN UMFANG DER JÄHRLICHEN LEISTUNGEN

### ENDOSKOPIEN

|                                 | eigene Einrichtung       | zentrale Krhs- Einrichtung | außer Haus               |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Bronchoskopien                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Oesophago-Gastro-Duodenoskopien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| ERCP                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Coloskopien                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Rektoskopien                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

Anlagen (Gerätelisten der Röntgendiagnostik, Sonographie bitte selbst erstellen)

### INTERVENTIONELLE ENDOSKOPIE *(Pankreas, Galle, Magen, Ösophago, Duoden, unterer Gastrointestinaltrakt)*

Ja  Nein Bemerkung: \_\_\_\_\_

### PATHOLOGIE – SCHNELLSCHNITTDIAGNOSTIK *(mindestens innerhalb einer Stunde)*

Ja  Nein Bemerkung: \_\_\_\_\_

### LABOR

Wo werden die Laboruntersuchungen erbracht? \_\_\_\_\_

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

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



## **ANLAGE 2**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.