

KRANKENHAUS

**Erhebungsbogen zum Antrag  
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis  
im Schwerpunkt**

**„Forensische Psychiatrie“**

---

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:

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

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

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

**BERUFLICHE STELLUNG:**Tätigkeit in  Voll-  Teilzeit als: \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

Dienststellung in der Abteilung: <sup>1</sup> \_\_\_\_\_**Bitte Einzelheiten zum beruflichen Werdegang als gesonderte ANLAGE 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

**FORTBILDUNGSNACHWEIS**

Bieten Sie regelmäßige theoretische Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, die das gesamte Spektrum der geforderten Inhalte der Forensischen Psychiatrie abdecken, an ?

- ja (entsprechende Nachweise bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen)
- nein

**Bitte fügen Sie diesem Antrag darüber hinaus Ihren persönlichen Punktekontoauszug der Fortbildungsakademie als **gesonderte ANLAGE** bei.**

<sup>1</sup> Bei Anträgen auf Erteilung einer so genannten **Oberarztbefugnis** bitten wir um Beachtung der nachstehenden Punkte:

- Bitte geben Sie an, in welcher dienstrechtlichen Beziehung sie zum Leitenden Arzt Ihrer Abteilung stehen.
- In welchem Umfang werden welche Patienten durch Sie betreut ? Bitte übersenden Sie uns nach Möglichkeit eine entsprechende Leistungsstatistik für das vergangene Jahr.
- Sind die von Ihnen und dem Leitenden Arzt betreuten Stationen organisatorisch und räumlich voneinander getrennt ?

Es entspricht ferner der ständigen Handhabung der Ärztekammer Hamburg, dass eine so genannte Oberarztbefugnis nur dann erteilt werden kann, wenn der Dienstvorgesetzte schriftlich sein Einverständnis gegenüber der Ärztekammer Hamburg erklärt.

**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)**

---

---

**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

\* wenn ja, bitte als **gesonderte ANLAGE** eine Auflistung der Klinikfortbildungen und deren Stundenumfang beifügen !

**D. ANGABEN ZUR STRUKTURIERUNG DER WEITERBILDUNG IN IHRER ABTEILUNG:**

Bitte strukturierten Weiterbildungsplan als **gesonderte ANLAGE** beifügen !

**1. 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

**2. 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	_____

**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)**

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.