



ÄRZTEKAMMER HAMBURG
Humboldtstraße 56 (Ärztehaus)
22083 Hamburg
Tel.: 22 802 - 468 / - 414 / - 492

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 als: _____ seit _____

Dienststellung in der Abteilung: ¹ _____

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.

¹ 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:

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)**

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.