



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

KRANKENHAUS

**Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis**

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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:

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

_____ 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 Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für die beantragte Qualifikation 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)**_____

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. 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 % _____

Spezielles Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres

Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 3** beifügen ! Darüber hinaus bitten wir Sie, einen 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.

ANLAGE 3

Name und Stempel der/des
Antragstellerin/-stellers:

Leistungsspektrum der Klinik-Abteilung

| Untersuchungs- und Behandlungsmethoden | Leistungszahl pro Jahr |
|---|-------------------------------|
| sonographische Untersuchungen der Gesichts- und Halsweichteile sowie der Nasennebenhöhlen und Doppler-/ Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße | |
| Lokal- und Regionalanästhesie | |
| Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung | |
| Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial | |
| operative Eingriffe in der | |
| <ul style="list-style-type: none"> • dentoalveolären Chirurgie, z. B. Wurzelspitzenresektionen, parodontalchirurgische Maßnahmen | |
| <ul style="list-style-type: none"> • septischen Chirurgie, z. B. Kieferhöhlenoperationen, Speichelsteinentfernungen | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie bei Verletzungen, z. B. operative Versorgung von kombinierten Weichteil- und Knochenverletzungen | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fehlbildungschirurgie, z. B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Operationen | |
| <ul style="list-style-type: none"> • kieferorthopädischen und Kiefergelenkschirurgie, z. B. Osteotomien bei skelettalen Dysgnathien | |
| <ul style="list-style-type: none"> • präprothetischen Chirurgie, z. B. Mundvorhofplastik, enossale Implantationen | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tumorchirurgie, z. B. Probeexzisionen, Tumorresektionen | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie an peripheren Gesichtsnerven, z. B. Dekompressionen, Nerven-Verlagerungen | |
| <ul style="list-style-type: none"> • plastischen und Wiederherstellungschirurgie, z. B. Umschneidung von Fern- und Nahlappen, Überpflanzung von Haut, Knochen und Knorpel | |
| <ul style="list-style-type: none"> • sonstige Eingriffe im Zusammenhang mit Mund-Kiefer- und Gesichtsooperationen, z. B. Tracheotomien, mikrochirurgische Transplantationen einschließlich des Präparierens von Gefäßanschlüssen | |