

KRANKENHAUS

Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis im
Schwerpunkt Neuropädiatrie

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 Kinder- und Jugendmedizin:
seit: _____

Weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

Neuropädiatrie seit: _____
_____ seit: _____
_____ seit: _____

BERUFLICHE STELLUNG:

Voll- Teilzeittätigkeit als: _____

seit _____

Dienststellung in der Abteilung: _____

Bitte Einzelheiten zum beruflichen Werdegang als gesonderte **ANLAGE** beifügen !

Sind Sie 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 / Angaben zu den Behandlungstätigkeiten /Leistungsspektrum

Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 2** beifügen !

5. Zugang zu Fachinformationen

Bibliothek mit gängiger Fachliteratur

Allgemeines Lehrbuch, z.B.

Professor Aksu „Neuropädiatrie“, 2. Aufl. 2004

Ja Nein

Neuropädiatrische Fachzeitschriften

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
(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**DETAILLIERTE ANGABEN ZU DEN FACHLICHEN SCHWERPUNKTEN DER ABTEILUNG**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ANGABEN ZU DEN BEHANDLUNGSTÄTIGKEITEN / LEISTUNGSSPEKTRUM:

Anzahl der von Ihnen durchgeführten Elektroenzephalogramme: _____

BEHANDLUNGSTÄTIGKEIT	JA	NEIN
Therapien zerebraler Anfälle		
Therapien neuromuskulärer Erkrankungen		
Therapien vaskulärer Erkrankungen		
Therapien von Zerebralpareesen		
Erstellung von Rehabilitationsplänen		
Erstellung von Förderplänen unter Berücksichtigung von neuropsychologischen Verfahren		

 Unterschrift, Stempel
 des/der Antragstellers/-stellerin