

KRANKENHAUS

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

**Nuklearmedizin**

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:

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

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

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

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

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

**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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:**

<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**

Bitte vermerken Sie die Angaben zum Leistungsumfang auf **ANLAGE 3** !

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.

**ANLAGE 3****ANGABEN ZUM LEISTUNGSUMFANG DER ABTEILUNG**

<b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>	<b>Anzahl</b>
Ultraschalluntersuchungen von Abdomen, Retroperitoneum und Urogenitalorganen, Schilddrüse, Gesichtsseiten und Weichteilen des Halses	
nuklearmedizinische Untersuchungen einschließlich tomographischer Verfahren mittels SPECT-Technik und PET-Technik, davon	
- am Zentralnervensystem	
- am Skelett- und Gelenksystem	
- am kardiovaskulären System	
- am Respirationssystem	
- am Gastrointestinaltrakt	
- am Urogenitalsystem	
- an endokrinen Organen	
- am hämatopoetischen und lymphatischen System	
nuklearmedizinische Behandlungsverfahren bei	
- benignen Schilddrüsenerkrankungen	
- malignen Schilddrüsenerkrankungen	
- anderen soliden oder systemischen malignen Tumoren und/oder benignen Erkrankungen	

1. Verfügen Ihre Praxis über eine Qualitätssicherungs- oder Qualitäts-managementsystems ?  Ja /  Nein
- wenn Ja: wird der WB-Assistent darin eingebunden ?  Ja /  Nein
2. Kann der Weiterbildungsassistent an interdisziplinären Konferenzen in
- der Klinik
- andere Einrichtung (z.B. Gesundheitszentrum oder -institut)
- teilnehmen ?

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin