

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Allgemeinchirurgie

Weiterbildungsbefugnis beantragt ab: _____

1 Angaben zum Antragsteller

Bitte fügen Sie dem Antrag Ihren beruflichen Werdegang als Anlage bei!

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Geburtsort: _____

Dienststellung: Chefarzt seit _____
Oberarzt/Leitender Arzt * seit _____
fachlicher Vertreter des Weiterbildungsbefugten _____

Praxisinhaber seit _____

angestellter Arzt in der Praxis * seit _____

* Bitte Befürwortung des Chefarztes/Praxisinhabers zur Weiterbildungsbefugnis beifügen

Können Sie eine Weiterbildung in Vollzeit gewährleisten? ja nein

wenn nein, bitte Angabe der Teilzeit in h/Woche: _____

Qualifikationen: Facharzt _____ seit _____
_____ seit _____
Schwerpunkt, Zusatz- _____ seit _____
bezeichnung _____ seit _____
_____ seit _____
_____ seit _____
Sonstige _____ seit _____
Anerkennungen _____ seit _____
_____ seit _____

2 Standort der Weiterbildungsstätte

Bitte benennen Sie alle Klinik- oder Praxisstandorte, an denen Sie die Weiterbildung durchführen (ggf. zusätzliche Seite einfügen).

Einrichtung _____

Abteilung: _____

Anschrift: _____

Versorgungsstufe: _____

zusätzliche Angaben für den ambulanten Bereich:

Einzelpraxis mit Zweigpraxis Sonstiges: _____
 Berufsausübungsgemeinschaft mit Zweigpraxis _____
 Medizinisches Versorgungszentrum mit Zweigpraxis _____

Bitte fügen Sie einen Grundriss der Praxis (Skizze) als Anlage bei.

3 Angaben zur Weiterbildungsstätte

3.1 Abteilungen bzw. Kooperationen im Krankenhaus oder mit der Praxis

Abteilung	Abteilung vorhanden		Leitung der Abteilungen
Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Herzchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Kinderchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Plastische und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Thoraxchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Pathologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Besteht im Haus die Möglichkeit einer Schnellschnittuntersuchung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Radiologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Hämatologie / Onkologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Radioonkologie / Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Besteht im Krankenhaus eine 24h-Endoskopie-Bereitschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Besteht im Krankenhaus eine 24h-Labor-Bereitschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Weitere Abteilungen im Krankenhaus			_____

3.2 Absicherung der Notfallaufnahme und Intensivmedizin

Notfallaufnahme vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leitung der Notfallaufnahme:	_____	
Notfallversorgungsstufe	<input type="checkbox"/> Stufe 1	<input type="checkbox"/> Stufe 2 <input type="checkbox"/> Stufe 3
Intensivmedizinische Abteilung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leitung der Abteilung:	_____	
Umfang der intensivmedizinischen Befugnis:	_____ Monate	
Anzahl Beatmungsbetten:	_____ Betten	
Anzahl Betten IMC:	_____ Betten	

4 Statistische Angaben

Bitte durch Jahres- oder Quartalsstatistik belegen

Anzahl Patienten (in den letzten 12 Monaten)

stationär _____

ambulant _____

5 Gutachten

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr _____

6 Weiter- und Fortbildung

regelmäßige Teilnahme am Tumorboard	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fallbesprechungen mit dem/der Arzt/ Ärztin in Weiterbildung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bemerkungen

7 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen ja nein

wenn ja, welche intern extern

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

8 Gegliedertes Programm für die Weiterbildung

Das Weiterbildungsprogramm ist die individuelle Umsetzung der gemäß Weiterbildungsordnung geforderten Weiterbildungsinhalte in einen konkreten internen Ablaufplan für den Arzt in Weiterbildung in seiner Weiterbildungsstätte. In welchen Weiterbildungsabschnitten werden welche Weiterbildungsinhalte unter Ihrer Leitung dem Arzt in Weiterbildung vermittelt? Dieses gegliederte Programm ist dem Arzt in Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 6 der WBO auszuhändigen und diesem Antrag beizufügen.

9 Kognitive und Methodenkompetenzen/Handlungskompetenzen

Zur Beurteilung Ihres Antrages ist es erforderlich, die tatsächlich an Ihrer Weiterbildungsstätte vermittelbaren Kompetenzen nach der WBO 2020 zu erfassen. Bitte füllen Sie daher die Anlage zum Antrag aus.

Haben Sie beigefügt?

Bitte beachten Sie, dass aus allen Anlagen die Bezeichnung der Weiterbildungsstätte hervorgeht (Kopfbogen bzw. Stempel auf jeder Seite)!

- Anlage 1: Kognitive und Methodenkompetenz/Handlungskompetenz
- Anlage 2: Beruflicher Werdegang
- Anlage 3: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- ggf. Praxisgrundriss
- ggf. Befürwortung des Chefarztes/ Leiters/ Praxisinhabers
- Ehrenerklärung

Lt. Beschluss der Kammerversammlung vom 04.12.2021 sind Personen ab Jahrgang 1975 von der Verpflichtung zur Abgabe der Ehrenerklärung befreit.

- Ehrenerklärung liegt bereits vor

Die Ehrenerklärung der LÄKB muss in ihrer bestehenden Form nicht wiederholt werden.

Kontaktdaten:

Telefon

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

EHRENERKLÄRUNG

Ich versichere, zu keinem Zeitpunkt als offizieller oder inoffizieller Mitarbeiter für das Ministerium für Staatssicherheit bzw. das Amt für Nationale Sicherheit der DDR gearbeitet zu haben.

Ich verpflichte mich, auf Anforderung bei der zuständigen Behörde eine mögliche Zusammenarbeit mit o. g. Institution überprüfen zu lassen.

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel