

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Augenheilkunde

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/ Leiters/ 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- bezeichnung	_____	seit _____
	_____	seit _____
	_____	seit _____
Sonstige Anerkennungen	_____	seit _____
	_____	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 Personelle Besetzung (Angaben zum Personal)

Anzahl der Ärzte Gesamt:	_____		
Chefärzte:	_____	Krankenschwester/-pfleger	_____
Oberärzte:	_____	Medizinische Fachangestellte	_____
Ärzte in Weiterbildung	_____	Optiker	_____
		Orthoptisten	_____
		Optometristen	_____

3.2 Notfälle

Teilnahme am augenärztlichen Notdienst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
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

3.3 Abteilung und Betten

Abteilung:		Anzahl der Betten:	Leitung der Abteilung:
Augenheilkunde		_____ Betten	_____
Radiologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ Betten	_____
MRT möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
CT möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anästhesiologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ Betten	_____

3.4 Ausstattung der Weiterbildungsstätte

Eigene Sehschule vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sehschule über Kooperation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hertel-Messgerät vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hess-Bildschirm vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Operationsräume an der Stätte:	_____	Anzahl angemieteter Operationsräume:	_____

Name/Bezeichnung der Klinik oder Praxis, an welcher die Operationsräume angemietet werden:

Welche Operationen werden in den angemieteten Operationsräumen durchgeführt? (ggf. als Anlage beifügen)

Sind Anästhesien möglich? ja nein

Welche Regionalanästhesien können durchgeführt werden:

Welche Anästhesie-Form wird bei welcher OP durchgeführt? Wer ist der Anästhesist?

4 Laserbehandlungen

Welche Laser sind vorhanden? (Bitte auch separat mit in der Geräteliste aufführen!)

YAG Augenlaser ja nein SLT Augenlaser ja nein
 Argon Augenlaser ja nein PDT Augenlaser ja nein

Ggf. weitere Laser in der Geräteliste aufführen.

5 Spezifische Geräteliste (Anzahl, Baujahr, Typ) - als Anlage beifügen

6 Statistische Angaben (der letzten 12 Monate)

6.1 stationär

Anzahl der Fälle stationär _____
 davon konservativ _____ operativ _____
 CMI-Durchschnitt _____

Top 10 Behandlungsdiagnosen

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Top 10 DRG

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Klinische Konsiliartätigkeit? ja nein

Wenn ja, wo?

Anzahl der Patienten _____

6.2 ambulant

Anzahl der Fälle ambulant _____
 ambulante Operationen _____

Top 10 Behandlungsdiagnosen

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

7 Gutachten

Anzahl der Gutachten pro Jahr _____
davon

Blindengeldgutachten _____	Führerscheingutachten _____
BG-Gutachten _____	Gutachten privater Unfallversicherer _____
Sozialversicherungsgutachten _____	Andere: _____

8 Tumorerkrankungen

Histopathologie erfolgt über: _____
Name/Bezeichnung des Labors: _____

9 Rotationen / Kooperationen

Erfolgt im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung eine Rotation zwischen verschiedenen kooperierenden Kliniken oder Praxen? ja nein

Name/Bezeichnung der Klinik oder Praxis: _____

Name des Weiterbilders an der Stätte: _____

Häufigkeit oder Ø Stundenanzahl / Woche: _____ oder _____ h/Woche

Inhalt/Thema der Kooperation: _____

Name/Bezeichnung der Klinik oder Praxis: _____

Name des Weiterbilders an der Stätte: _____

Häufigkeit oder Ø Stundenanzahl / Woche: _____ oder _____ h/Woche

Inhalt/Thema der Kooperation: _____

Liegen schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den Kliniken oder Praxen vor? ja nein

Wenn ja – Bitte als Anlage beifügen!

10 Fort- und Weiterbildung

Regelmäßige Teilnahme am Tumorboard ja nein

Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen ja nein

Fallbesprechungen mit dem/der Arzt/ Ärztin in Weiterbildung ja nein

11 Fachgebundene genetische Beratung

Wird ein Zentrum/ Institut/ Labor/ Unternehmen für die Erstellung des Befunds beauftragt? ja nein

Wenn ja, welche _____

Art der erblichen Erkrankung (Anzahl/Jahr): _____

12 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen ja nein

wenn ja, welche

intern

extern

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

13 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.

14 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.

Anlage zum Befugnisantrag / OP-Katalog für die Weiterbildungsstätte der letzten 12 Monate

Art der Operation an der Stätte	Anzahl in den vergangenen 12 Monaten
Glaukom OPs	
Laser-Iridotomie	_____
Trabekuloplastik	_____
Trabekulektomie	_____
Viskokanaloplastik	_____
Stent-Implantationen	_____
Zyklokryokoagulation	_____
Zyklofotokoagulation	_____
Sonstige (Bitte spezifizieren)	_____
Ops an der Linse	
Laser-Kapsulotomie	_____
Katarakt-Operationen (Phako/ECCE)	_____
Sonstige (Bitte spezifizieren)	_____
OPs der Lider, Tränenwege und der Orbita	
Operationen des Entropiums	_____
Operationen des Ektropiums	_____
Operationen der Blepharochalasis	_____
Operationen des Chalazions	_____
Ptoisis-Operation	_____
Dehnung und Strikturspaltung der Tränenwege	_____
Dakryozystorhinostomie	_____
Endoskopische Tränenweg-Operation	_____
Operationen an der Tränendrüse	_____
E nukleationen	_____
OPs an Bindehaut, Hornhaut und Sklera	
Fremdkörperentfernung	_____
Wundnaht (spezifiziert nach Lokalisation: BH, HH, Sklera?)	_____
Parazentese	_____
Keratoplastik (speziell PKP, DMEK, DALK)	_____
Amnionmembrantransplantation	_____
OPs an Uvea, Retina und Glaskörper	
Laserchirurgische Eingriffe an der Retina	_____
Intravitreale operative Medikamenteneinbringungen	_____
Pars-plana-Vitrektomie	_____
Amotiooperation ab externo (Cerclage, Plomben),	_____
Amotiooperation ab interno (ppV)	_____
Amotiooperation kombiniert (ggf. spezifizieren)	_____
OPs an den Augenmuskeln (Strabologische Ops)	
Eingriffe an geraden Augenmuskeln	_____
Eingriffe an schrägen Augenmuskeln	_____
Eingriffe höheren Schwierigkeitsgrades	_____
Refraktive Operationen	
(Femto-)LASIK	_____
(trans-)PRK	_____
SMILE	_____

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: Fachspezifische Geräteliste
- Anlage 4: 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