

## Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Gefäßchirurgie

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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

\*für den ambulanten Bereich: Bitte Grundriss der Praxis als Anlage beifügen!

**3 Beruflicher Werdegang des Antragstellers** (Bitte als Anlage beifügen!)

**4 Angaben zur Weiterbildungsstätte**

**4.1 Personelle Besetzung**

Ärzte gesamt	_____	Personen insgesamt			
Chefärzte	_____	mit Facharztbezeichnung	_____	mit SP _____	mit ZB _____
Oberärzte	_____	mit Facharztbezeichnung	_____	mit SP _____	mit ZB _____
Ärzte in Weiterbildung:	_____				
Krankenschwester/-pfleger	_____				
Sonstiges Personal	_____				
sonstiges Assistenzpersonal	_____				

**4.2 Abteilungen bzw. Kooperationen im Krankenhaus oder mit der Praxis**

Abteilung	Abteilung vorhanden		Leitung der Abteilungen	Betten
Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Allgemeinchirurgie	<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	_____	_____
Anästhesiologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Wachstation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Radiologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Weitere Abteilungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____

Ist eine ständige fachärztliche gefäßchirurgische Rufdienstreihe vorhanden?  ja  nein

**4.3 Absicherung der Notfallaufnahme und Intensivmedizin**

Notfallaufnahme vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leitung der Notfallaufnahme:	_____	
Intensivmedizinische Abteilung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leitung der Abteilung:	_____	
Umfang der intensivmedizinischen Befugnis:	_____	Monate

**5 Statistische Angaben**

**Anzahl Patienten** (in den letzten 12 Monaten)

stationär \_\_\_\_\_

ambulant \_\_\_\_\_

## 6 Geräteliste

Gerätetyp	Gerät vorhanden		Anzahl vorhandener Geräte
CT	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
MRT	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Sonographie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Angiographie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____

## 7 Ausstattung der Weiterbildungsstätte

Anzahl der Operationsräume \_\_\_\_\_ Angiographie im OP möglich?  ja  nein

Anzahl der OP-Tische \_\_\_\_\_ Wenn ja, welche und wie viele? \_\_\_\_\_

Schnittbild im OP möglich?  ja  nein

neurochirurgisches Instrumentarium  ja  nein

## 8 Gutachten

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr \_\_\_\_\_

## 9 Weiter- und Fortbildung

Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen  ja  nein

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

Mitglied eines Weiterbildungsnetzwerkes  ja  nein

## 10 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen  ja  nein

wenn ja, welche intern extern

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 11 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.

## 12 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