

# Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Thoraxchirurgie

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 _____
	_____	seit _____
Zusatz- bezeichnung	_____	seit _____
	_____	seit _____
	_____	seit _____
Sonstige Anerkennungen	_____	seit _____
	_____	seit _____
	_____	seit _____

Bitte fügen Sie Ihren Beruflichen Werdegang als Anlage bei!

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

**4 Angaben zur Weiterbildungsstätte**

**4.1 Angaben zum Personal**

Anzahl der Ärzte Gesamt: \_\_\_\_\_  
 Chefärzte: \_\_\_\_\_ Krankenschwester/-pfleger \_\_\_\_\_  
 Oberärzte: \_\_\_\_\_ Medizinische Fachangestellte \_\_\_\_\_  
 Ärzte in Weiterbildung \_\_\_\_\_ sonstiges Personal \_\_\_\_\_

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

Abteilung	Abteilung vorhanden		Leitung der Abteilungen
Allgemein-/Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Orthopädie und Unfallchirurgie	<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	_____
Plastische und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Anästhesiologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Pathologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Besteht die Möglichkeit einer Schnellschnittuntersuchung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Radiologie (interventionelle)	<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	_____
Ist eine ständige <b>Fachärztliche Präsenz Thoraxchirurgie gegeben</b> (24/7):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

**4.3 Absicherung der Notfallaufnahme und Intensivmedizin**

Notfallaufnahme vorhanden  ja  nein  
 Leitung der Notfallaufnahme: \_\_\_\_\_  
 Intensivmedizinische Abteilung vorhanden  ja  nein  
 Leitung der Abteilung: \_\_\_\_\_  
 Umfang der intensivmedizinischen Befugnis \_\_\_\_\_

**5 Statistische Angaben** (der letzten 12 Monate)

<b>stationär</b>	_____	<b>ambulant</b>	_____
Anzahl der Patienten		Anzahl der Patienten	

## 6 Geräteliste

Gerätetyp	Gerät vorhanden	
CT	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRT	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
PET	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonographie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dopplersonographie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röntgen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Intensivmedizin: Geräte zur extrakorporalen Lungenersatztherapie vorhanden?  ja  nein

**Fachspezifische Geräteliste** (Anzahl, Baujahr, Typ) - als Anlage beifügen

## 7 Ausstattung der Weiterbildungsstätte

Anzahl der Operationsräume \_\_\_\_\_

Anzahl der OP-Tische \_\_\_\_\_

## 8 Gutachten

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

## 9 Fort- und Weiterbildung

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
Mitglied eines Weiterbildungsnetzwerkes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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: Beruflicher Werdegang
- Anlage 2: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- Anlage 3: Spezifische Geräteliste
- 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