

## Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

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 \_\_\_\_\_

Schwerpunkt, Zusatz- \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

bezeichnung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

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

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

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

Sonstiges \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

(z. B. RöV, \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Ultraschall \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

usw. \_\_\_\_\_ 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 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen  ja  nein

wenn ja, welche

intern

extern

---

---

---

---

---

---

---

---

### 4 Fort- und Weiterbildung

regelmäßige Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen  ja  nein

Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen  ja  nein

Fallbesprechungen  ja  nein

Sicherung von Rotationen/Hospitationen

wenn ja, welche

---

---

### 5 Technische Ausstattung

Bitte fügen Sie eine fachspezifische Geräteliste als Anlage bei.

### 6 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.

### 7 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 1 zum Antrag aus.

## 8 Beschreibung der Weiterbildungsstätte

Die Weiterbildungsstätte ist die Klinik/Praxis \_\_\_\_\_

### 8.1 Räumliche Voraussetzungen

Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer

ja

nein

Internetverbindung

ja

nein

### 8.2 Ärztinnen/Ärzte

gesamt

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Vollzeitkräfte / Personen

mit Facharztanerkennung

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Vollzeitkräfte / Personen

mit Anerkennung Schwerpunktbezeichnung

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Vollzeitkräfte / Personen

### 8.3 Medizinisches Assistenzpersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger \_\_\_\_\_

Krankengymnasten \_\_\_\_\_

sonstiges Assistenzpersonal (z. B. Rö, EEG, EKG, Diät, Labor) \_\_\_\_\_

Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte \_\_\_\_\_

### 8.4 Anzahl Fachkräfte (z. B. Psychologen)

\_\_\_\_\_

angestellt

ja

nein

\_\_\_\_\_

ja

nein

\_\_\_\_\_

ja

nein

### 8.5 Statistische Angaben

Bitte durch Jahres- oder Quartalsstatistik belegen

#### Stationärer Bereich

Anzahl Patienten gesamt \_\_\_\_\_

davon operative Fälle \_\_\_\_\_

davon konservative Fälle \_\_\_\_\_

durchschnittliche Verweildauer \_\_\_\_\_

CMI \_\_\_\_\_

ambulante Patienten gesamt  
(stationsersetzend) \_\_\_\_\_

#### Ambulanter Bereich

Patient/Quartal \_\_\_\_\_

Konsultation/Quartal \_\_\_\_\_

Konsultations- und Hausbesuchttätigkeit/Quartal \_\_\_\_\_

Belegbetten  ja Anzahl \_\_\_\_\_  nein

Einrichtung \_\_\_\_\_

### 8.6 Ausstattung und Angebot

Bettenzahl: \_\_\_\_\_

Anzahl der Operationsräume  
davon \_\_\_\_\_

aseptisch \_\_\_\_\_

septisch \_\_\_\_\_

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

## Weitere Abteilungen und Betten

|                               | Bettenzahl | organisatorische Leitung | fachliche Leitung |
|-------------------------------|------------|--------------------------|-------------------|
| Allgemeinchirurgie            | _____      | _____                    | _____             |
| Gefäßchirurgie                | _____      | _____                    | _____             |
| Herzchirurgie                 | _____      | _____                    | _____             |
| Kinder- und Jugendchirurgie   | _____      | _____                    | _____             |
| Orthopädie un Unfallchirurgie | _____      | _____                    | _____             |
| Thoraxchirurgie               | _____      | _____                    | _____             |
| Viszeralchirurgie             | _____      | _____                    | _____             |

### Zentrale Notfallaufnahme

Welcher Stufe ist die Notaufnahme zugeordnet?

Leiter: \_\_\_\_\_

Stufe 1 - Basisversorgung

Stufe 2 - erweiterte Notfallversorgung

Stufe 3 - umfassende Notfallversorgung

### Anästhesiologie/Intensivmedizin

zentrale Abteilung  ja  nein

Leiter: \_\_\_\_\_

Qualifikation: \_\_\_\_\_

## 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/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