

## Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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 \_\_\_\_\_

Für den ambulanten Bereich: Bitte fügen Sie den Grundriss der Praxis als Anlage bei!

### 3 Angaben zur Weiterbildungsstätte

	Bereich vorhanden		Leitung der Abteilungen	Bettenanzahl
Frauenheilkunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Neugeborene	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Wachstation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Intensivmedizin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
<b>Weitere Abteilungen</b>	<b>Abteilungen vorhanden</b>		<b>Leitung der Abteilungen</b>	<b>Bettenanzahl</b>
Neonatologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
_____			_____	_____
_____			_____	_____
sonstige Abteilungen bzw. Praxiskooperation (z. B. Kinderchirurgie, Kinderradiologie)			_____	_____
			_____	_____
			_____	_____

### 4 Angaben zum Personal

#### 4.1 Ärztinnen / Ärzte

Gesamt: \_\_\_\_\_

Mit Facharztanerkennung \_\_\_\_\_ Personen insgesamt, davon \_\_\_\_\_ als Vollzeitkraft

Mit Schwerpunktbezeichnung (SP) \_\_\_\_\_ Personen insgesamt, davon \_\_\_\_\_ als Vollzeitkraft

Mit Zusatzbezeichnung (ZB) \_\_\_\_\_ Personen insgesamt, davon \_\_\_\_\_ als Vollzeitkraft

Ständige fachärztliche Präsenz Frauenheilkunde und Geburtshilfe gegeben (24h)  ja  nein

Ständig fachärztliche Präsenz Kinder- und Jugendmedizin gegeben (24h)  ja  nein

Mindestens ein Kinderarzt ständig konsiliarisch verfügbar (24h)  ja  nein

#### 4.2 Medizinisches Assistenzpersonal

Krankenschwester/-pfleger \_\_\_\_\_

Fachkrankenschwester/-pfleger Gynäkologie und Geburtshilfe \_\_\_\_\_

Hebamme/Entbindungspfleger \_\_\_\_\_

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

Medizinische Fachangestellte \_\_\_\_\_

## 5 Ausstattung der Weiterbildungsstätte

Anzahl der Operationsräume an der Stätte: \_\_\_\_\_  
 davon aseptisch \_\_\_\_\_  
 davon septisch \_\_\_\_\_

laparoskopisches Instrumentarium  ja  nein  
 mikrochirurgisches Instrumentarium  ja  nein  
 zystoskopisches Instrumentarium  ja  nein

Anzahl der Kreißsäle: \_\_\_\_\_

Möglichkeit zur Notsectio im Kreißaal bzw. Sectio-Operationssaal  ja  nein

Umsetzung Epiduralanästhesie  ja  nein

Ausführung Epiduralanästhesie durch  Geburtshelfer  Anästhesist

Anzahl der Kardiotokographen \_\_\_\_\_

pH-Messgerät im Kreißaal  ja  nein

Arten der Ultraschallgeräte im Kreißaal \_\_\_\_\_

Kinderärztliche Versorgung im Kreißaal  ja  nein

Kinderärztlicher Notarzt verfügbar  ja  nein

Kinderärztliche Versorgung der Neugeborenen  ja  nein

durch Konsiliararzt  durch angestellten Arzt

Möglichkeit zur Neugeborenenversorgung durch die Wöchnerin  ja  nein

Regelmäßige Krankengymnastische Versorgung

Der operierten Patientinnen  ja  nein

Der Wöchnerinnen (Rückbildungsgymnastik)  ja  nein

Schwangerschaftsgymnastik  ja  nein

eigenes zytologisches Labor in der Weiterbildungsstätte  ja  nein

externe zytologische Untersuchungen durch \_\_\_\_\_

für den ambulanten Bereich: Ist für den Arzt/Ärztin in Weiterbildung ein eigener Arbeitsplatz vorhanden?  ja  nein

## 6 Spezifische Geräteliste Bitte als Anlage beifügen! (Anzahl, Baujahr, Typ)

## 7 Statistische Angaben (der letzten 12 Monate)

### stationär

Anzahl der Patienten \_\_\_\_\_

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

Belegung im Berichtsjahr \_\_\_\_\_ %

klinische Konsiliartätigkeit  ja  nein

### ambulant

Anzahl der Patienten \_\_\_\_\_

Anzahl der Konsultationen \_\_\_\_\_

## 8 Gutachten

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

## 9 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
- Mitglied eines Weiterbildungsnetzwerkes  ja  nein
- Erfolgt im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung eine Rotation zwischen verschiedenen Weiterbildungsstätten?  ja  nein

Rotation an Weiterbildungsstätte	Weiterbildung an dieser Stätte durch	Ø Stundenanzahl / Woche
Stätte: _____	Name: _____	_____ h/Woche
Stätte: _____	Name: _____	_____ h/Woche
Stätte: _____	Name: _____	_____ h/Woche
Stätte: _____	Name: _____	_____ h/Woche

## 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: Spezifische 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

**Leistungsnachweis der Weiterbildungsstätte** (der vergangenen 12 Monate)

<u>Art</u>	<u>OPS-Code</u>	<u>Anzahl</u>
<b>Geburten</b>		
Normal	9-260	_____
Risiko	9-261	_____
<b>Operative Geburtshilfe</b>		
Sektio	5-740	_____
	5-749 u. a.	_____
Vakuum / Forceps	5-728	_____
	5-720 u. a.	_____
<b>Große OP's</b>		
Invasive Genitalkarzinome	5-685 u. a.	_____
	5-715	_____
abdominale / vaginale Eingriffe	5-683	_____
	5-685	_____
	5-687 u. a.	_____
Descensus-OP's	5-704 u. a.	_____
	5-593 u. a.	_____
	5-704 u. a.	_____
Operative Laparoskopien	5-65	_____
	5-66 u. a.	_____
	1-64	_____
Mamma-OP's	5-870	_____
	5-872	_____
Mammakarzinom-OP's einschließlich Axilla / Sentinell	5-871	_____
	5-872	_____
	5-873	_____
	5-401.1	_____
	5-402.1 u. a.	_____
<b>Kleine OP's</b>		
Abrasio	5-690	_____
	5-751 u. a.	_____
Nachkürettage	5-756	_____
	1-471 u. a.	_____
diagnostische Biopsie	1-470	_____
	1-471	_____
	1-472	_____
	1-474 u. a.	_____

## 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