

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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 Angaben zur Weiterbildungsstätte

3.1 Personelle Besetzung (Angaben zum Personal)

Anzahl der Ärzte Gesamt:	_____		
Chefärzte:	_____	Krankenschwester/-pfleger	_____
Oberärzte:	_____	Medizinische Fachangestellte	_____
Ärzte in Weiterbildung	_____	Logopäden	_____
		sonstiges Assistenzpersonal	_____

3.2 Abteilung und Betten

Abteilung		Anzahl der Betten			
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	_____	Betten		Röntgenabteilung am Haus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
davon Kinderbetten	_____	Betten		Kooperation? *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eigene Intensivstation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Strahlentherapie am Haus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Interdisziplinäre Intensivstation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Kooperation? *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weiteres Behandlungsspektrum				Labor am Haus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Audiologie/Neurootologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Kooperation? *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonografie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		*Wenn Kooperation, dann bitte bei Punkt 7 angeben!	
Phoniatrie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Pädaudiologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Schlafmedizin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Absicherung der Notfallaufnahme und Intensivmedizin

Notfallaufnahme vorhanden ja nein

Leitung der Notfallaufnahme: _____

Notfallversorgungsstufe Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3

Intensivmedizinische Abteilung vorhanden ja nein

Leitung der Abteilung: _____

Umfang der intensivmedizinischen Befugnis _____ Monat

Anzahl Beatmungsbetten _____ Betten

Anzahl Betten IMC _____ Betten

3.3 Ausstattung der Weiterbildungsstätte

Anzahl der Operationsräume an der Stätte: _____ Sind Anästhesien möglich? ja nein

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)

4 Geräteausstattung

Bereich		Ausrüstung
HNO-Chirurgie mit Laser	<input type="checkbox"/>	_____
HNO-Navigation	<input type="checkbox"/>	_____
Sonografie	<input type="checkbox"/>	_____
ERA	<input type="checkbox"/>	_____
OAE	<input type="checkbox"/>	_____
Video-/Elektronystagmographie	<input type="checkbox"/>	_____
Hörscreening	<input type="checkbox"/>	_____
Allergologie	<input type="checkbox"/>	_____
Schlafmedizin	<input type="checkbox"/>	_____

5 Statistische Angaben (der letzten 12 Monate)

5.1 stationär

Anzahl der Fälle stationär _____
 Durchschnittliche Verweildauer _____ Tage
 CMI-Durchschnitt _____
 Klinische Konsiliartätigkeit? ja nein Wenn ja, wo? _____
 Anzahl der Patienten _____

5.2 ambulant

Anzahl der Fälle ambulant _____ ambulante Operationen _____
 Konsiliartätigkeit? ja nein Anzahl Konsultationen _____

6 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!

7 Fort- und Weiterbildung

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Regelmäßige Teilnahme am interdisziplinären 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 |

8 Qualitätssicherungsmaßnahmen

- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen ja nein
- wenn ja, welche intern extern

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

9 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.

10 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. schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den Kliniken oder Praxen
- ggf. Operationen in angemieteten Operationsräumen
- 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