

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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-
 bezeichnung _____ seit _____
 _____ seit _____
 _____ seit _____
 Sonstiges
 (z. B. RöV,
 Ultraschall
 usw.) _____ 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 _____

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

Chefarzt

Oberarzt

_____/_____/_____/_____/_____
Vollzeitkräfte / Personen / Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung / Vollzeitkräfte / Personen / Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung

Facharzt

Arzt in Weiterbildung

_____/_____/_____/_____/_____
Vollzeitkräfte / Personen / Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung / Vollzeitkräfte / Personen / Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung

8.3 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 _____

Institutsambulanzen

Anzahl der Patienten _____
 Anzahl der Konsultationen _____

8.4 Bereiche und Betten

Bettenanzahl Leiter

Hämatologie und Onkologie
 eigene IMC/Wachstation ja nein
 Intensivmedizin
 interdisziplinäre Intensivstation ja nein
 eigene Intensivstation ja nein
 Notfallaufnahme ja nein

Welcher Stufe ist die Notaufnahme zugeordnet?

Stufe 1 - Basisversorgung Stufe 2 - erweiterte Notfallversorgung Stufe 3 - umfassende Notfallversorgung

weitere Abteilungen in Zusammenarbeit

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