

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Kinder- und Jugendmedizin

Weiterbildungsbefugnis beantragt ab: _____

1 Standort der Weiterbildungsstätte

Einrichtung _____

Abteilung: _____

Anschrift: _____

Versorgungsstufe: _____

zugelassen als Weiterbildungsstätte: ja nein

2 Angaben zum Antragsteller

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 _____ seit _____
_____ seit _____
Zusatz-
weiterbildung _____ seit _____
_____ seit _____
Sonstiges
(z. B. RöV,
Ultraschall
usw. _____ seit _____
_____ seit _____

3 Beruflicher Werdegang des Antragstellers

Bitte als Anlage beifügen

4 Angaben zur Kinderabteilung

Bettenzahl: _____

Perinatalzentrum: Level 1 Level 2
 Perinataler Schwerpunkt Geburtsklinik

Kinderintensivmedizinische Versorgungsstruktur: ja nein
wenn nein, alternativ Punkt 10.2

4.1 Ärztinnen/Ärzte

gesamt _____ / _____
VK Personen

mit Facharztanerkennung _____ / _____
VK Personen

mit Schwerpunktanerkennung _____ / _____
VK Personen

mit Anerkennung Zusatzbezeichnung _____ / _____
VK Personen

weitere Gebietsärzte wie z. B. HNO-Arzt, Kinder- u. Jugendpsychiater o. a. sind verfügbar	angestellt	in Kooperation
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2 Medizinisches Assistenzpersonal

Kinderkrankenschwester/Pfleger _____

Schwesternhelferinnen _____

Krankengymnasten _____

sonstiges Assistenzpersonal (z. B. Rö, EEG, EKG, Diat, Labor) _____

Medizinische Fachangestellte _____

4.3 Anzahl Fachkräfte (z. B. Psychologen)

_____	angestellt	Konsiliartätigkeit
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4 Sonstige Abteilungen bzw. Kooperationen im Krankenhaus oder mit der Praxis

Spezialabteilungen	Bettenzahl
(z. B. Neuropädiatrie, Kardiologie, SPZ)	_____
_____	_____
_____	_____
sonstige Abteilungen bzw. Praxiskooperation	_____
(z. B. HNO, Kinderchirurgie, Kinderradiologie)	_____
_____	_____
_____	_____

5 Räumliche Ausstattung (nur für den ambulanten Bereich)

Ist für den Arzt/die Ärztin in Weiterbildung ein eigener Arbeitsplatz vorhanden? ja nein

Bitte Praxisbeschreibung mit Grundriss der Praxis als Anlage beifügen!

6 Statistische Angaben

Bitte durch Jahres- oder Quartalsstatistik belegen

1. Fallzahl (ohne gesunde Neugeborene/Scheinzahl) _____
2. durchschnittliche Verweildauer _____
3. CMI _____
4. vorstationäre Fälle _____
5. nachstationäre Fälle _____
6. ambulante Fälle (i. S. KV-Ermächtigung, Hochschulambulanz) _____
7. Tagespatienten _____
8. Notfallambulanz _____

Ultraschalldiagnostik (Sonografie)

Umfang der jährlichen Leistungen

	Kinderabteilung	in Kooperation
Untersuchungen des Abdomens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchungen des Schädels bei offener Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionssonographie (z. B. MCS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchungen der Hüften beim Säugling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges

Staatlich geprüfte Diätassistenten	<input type="checkbox"/> ja	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/> nein
Milchküche	<input type="checkbox"/> ja	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/> nein
Frauenmilchbank	<input type="checkbox"/> ja	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/> nein
Frühgeborenen-Nachsorge	<input type="checkbox"/> ja	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/> nein

7 Geräteliste

(z.B. MRT, CT, OAE, BERA, Hörscreening, Lungenfunktionstest, PSG, Ultraschall, Kipptisch, Röntgen)

Bitte als Anlage beifügen

8 Weiterbildung/Fortbildung

- regelmäßige Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen ja nein
- außerklinische Konsiliartätigkeit ja nein
- wissenschaftliche Aktivitäten ja nein
- Internetzugang ja nein
- Bibliothek (analog, virtuell) ja nein

Bemerkungen

9 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen ja nein

wenn ja, welche

intern

extern

10 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.

11 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.

12 Angaben für den WB-Abschnitt 6 Monate in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

<u>Maßnahmen/Kompetenzen</u>	<u>Richtzahl weiterbildungsbefugte Einrichtung</u>
Anlage peripherer Zugänge	mehr als 500/Jahr _____
Anlage von zentralen Zugängen (venös/arteriell)	mehr als 50/Jahr _____
Invasive Druckmessung	mind. 25/Jahr _____
Intraossärer Zugang	Schulungsmöglichkeit (z. B. Sim-Kurs) _____
Kinder-Intubationen	mind. 100/Jahr _____
i. v. Sedierungen (z. B. für MRT, kleine Eingriffe, Endoskopien o. ä.)	mind. 100/Jahr _____
Kardiopulmonale Reanimation im Kindesalter	regelmäßige Durchführung von Simulationskursen _____
Kardiorespiratorisches Monitoring	mehr als 500/Jahr _____
Erleben/Management pädiatrischer Notfallsituationen; z. B. Intoxikationen, akute Atemnot, endokrinologischer Notfall, kardiologischer Notfall, Anaphylaxie, akutes Abdomen, Multitrauma u. a.	mehr als 50/Jahr _____

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: Statistische Angaben
- Anlage 3: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- Anlage 4: Geräteliste
- 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