

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Neurologie

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

Klinik/Abteilung

Betten

Neurologische Abteilung (vollstationär)

Intensivabteilung

Intensivtherapie-Betten mit Beatmungsmöglichkeit

ja

nein

innerhalb der eigenen Abteilung
oder

ja

nein

interdisziplinär

ja

nein

Betten

Neurologische Intensivüberwachungsbetten (Stroke Unit/Neuro-IMC)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
innerhalb der eigenen Abteilung oder interdisziplinär	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Notfallaufnahme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Stufe 1 – Basisnotfallversorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Stufe 2 – erweiterte Notfallversorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Stufe 3 – umfassende Notfallversorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Neurosonographisches Labor vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Elektrophysiologisches Labor vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Spezialambulanzen vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Welche?			

Praxis

Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

8.2 Personelle Besetzung

Ärztinnen/Ärzte

Chefarzt	_____
Oberärzte	_____
Fachärzte	_____
Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung	_____

Medizinisches Assistenzpersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger	_____
Krankengymnasten	_____
Heilerziehungspfleger/innen	_____
Programmierer, technische Hilfskräfte	_____
Gesundheits- und Krankenpfleger	_____

sonstiges Assistenzpersonal

Physiotherapeuten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Logopäden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ergotherapeuten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Psychologen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sozialarbeiter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

8.3 Statistische Angaben

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

Klinik/Abteilung

Fallzahl pro Jahr _____
davon _____
stationär _____
teilstationär _____
Stroke/Neuro-IMC _____
Neurologische ITS _____
Ambulanz/Spezialambulanz _____
Konsultationen _____
Neurologische Notfälle _____

Praxis

durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Klinische Einrichtungen

Radiologie

Zentrale RÖ-Abteilung ja nein
mit neuroradiologischer Abteilung ja nein
eigene neuroradiologische Abteilung ja nein

Labor

Zentrallabor ja nein
Klinische Chemie ja nein
Medizinische Mikrobiologie und Immunologie ja nein
Liquordiagnostik ja nein
Cytologie ja nein

Therapeutische Einrichtungen

Intensivpflegeeinheit ja nein
Plasmapherese ja nein
Dialysebehandlung ja nein
physikalische Therapie ja nein
 Krankengymnastik/Massagen ja nein
 Ergotherapie ja nein
 Logotherapie ja nein
 Hydrotherapie ja nein
 Elektrotherapie ja nein

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, insbesondere der bildgebenden Verfahren, Neurophysiologie
- 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