

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Nuklearmedizin

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

Sofern Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt werden, bitte Angabe der Themen, der jährlichen Zahl (Vorlage eines Fortbildungscurriculums).

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

Anzahl Untersuchungsräume für Patienten im Funktionsbereich

Steht den Ärztinnen/Ärzte im Falle von Patientenuntersuchungen ein eigener Untersuchungsraum zur Verfügung?

8.2 Welche Fachbereiche werden versorgt?

Gesamtbettenzahl des Krankenhauses	_____	
Anästhesiologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allgemein- und Visceralchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Innere Medizin Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Innere Medizin Onkologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Neurologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Urologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Intensivabteilung/Stroke Unit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige	_____	

8.3 Haben Sie eine nuklearmedizinische Abteilung (Bettenabteilung für Therapie)?

Anzahl Betten für die Nuklearmedizin unter eigener Versorgung _____

8.4 Personelle Besetzung

Ärztinnen/Ärzte

Chefarzt _____

Oberärzte _____

Fachärzte _____

Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung _____

Medizinisch-technisches Personal für Nuklearmedizin

MTRA _____

Medizinphysiker _____

Radiopharmazie _____

sonstiges Personal

Programmierer, technische Hilfskräfte _____

Gesundheits- und Krankenpfleger _____

8.5 Statistische Angaben

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

Klinik/Abteilung/Praxis

Leistungen pro Jahr

stationär _____

auf eigener Station _____

Klinische Konsiliartätigkeit

ja

nein

Wo _____

Vertragsärztliche Versorgung:

Anzahl

Leistungen pro Jahr _____

Belegbetten

ja

nein

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag eine Behandlungsstatistik Ihrer Klinik/Abteilung/Praxis für die angegebenen Zahlen bei.

8.6 Spezielle Maßnahmen zur Weiterbildung

Werden regelmäßige tägliche nuklearmedizinische Besprechungen unter chef- bzw. oberärztlicher Leitung durchgeführt?

ja

nein

Stellen die Weiterbildungsassistenten in diesem Rahmen eigene Fälle vor?

ja

nein

klinische Visiten

ja

nein

Gibt es regelmäßige Besprechungen mit anderen Fachgebieten (Tumorkonferenzen), bei denen die Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung zugegen sind?

ja

nein

Wenn ja, mit welchen Fachgebieten?

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: Behandlungsstatistik der letzten 12 Monate

Anlage 5: 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