

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Schwerpunktweiterbildung Neuropädiatrie

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- _____ seit _____

bezeichnung _____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

Sonstiges _____ seit _____

(z. B. RöV, _____ seit _____

Ultraschall _____ seit _____

usw. _____ 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 _____

Sozialpädiatrisches Zentrum

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

ja

nein

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 Methodenkompetenz/Handlungskompetenz

Zur Beurteilung Ihres Antrages ist es erforderlich, die vermittelbaren Kompetenzen nach der WBO 2020 zu erfassen. Bitte füllen Sie daher die Tabelle zum Punkt "Kognitive- und Methodenkompetenzen" des regulären Antrags Ihres Facharzt-/Teilgebiets-/Zusatz-Weiterbildung vollständig aus und fügen diese als Anlage bei.

8 Beschreibung der Weiterbildungsstätte

Die Weiterbildungsstätte ist die Klinik/SPZ/Praxis _____

8.1 Räumliche Voraussetzungen

Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer

ja

nein

Internetverbindung

ja

nein

8.2 Ärztinnen/Ärzte

gesamt

mit Facharztanerkennung

mit Anerkennung Schwerpunktbezeichnung

_____/_____
Vollzeitkräfte Personen

_____/_____
Vollzeitkräfte Personen

_____/_____
Vollzeitkräfte Personen

8.3 Medizinisches Assistenzpersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger

Krankengymnasten

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

Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte

8.4 Anzahl Fachkräfte (z. B. Psychologen)

angestellt

in Kooperation

8.5 Statistische Angaben der letzten 12 Monate

Bitte durch Jahres- oder Quartalsstatistiken belegen und als Anlage beifügen.

stationär

Anzahl der Patienten

Durchschnittliche Verweildauer

_____ Tage

Belegung im Berichtsjahr

_____ %

Klinische Konsiliartätigkeit

ja nein

ambulant

Anzahl der Patienten

Anzahl der Konsultationen

8.6 Ausstattung

Bettenzahl:

Neuropädiatrie

Wachstation

Intensivstation

Weitere

8.7 Gutachten

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr _____

Haben Sie beigefügt?

- Anlage 1: Kognitive und Methodenkompetenz/Handlungskompetenz
- Anlage 2: Beruflicher Werdegang
- Anlage 3: fachspezifische Geräteliste
- Anlage 4: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- Anlage 5: Quartalsstatistiken bzw. Jahresstatistik
- ggf. Praxisgrundriss
- ggf. Befürwortung des Chefarztes/Leiters/Praxisinhabers

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