

# Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzweiterbildung Diabetologie

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 \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

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 Medizintechnische 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

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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### 8.5 Statistische Angaben

Bitte durch Jahres- oder Quartalsstatistik belegen

#### Stationärer Bereich

Anzahl Patienten gesamt \_\_\_\_\_

durchschnittliche Verweildauer \_\_\_\_\_ Tage

Belegung im Berichtsjahr \_\_\_\_\_ %

klinische Konsiliartätigkeit  ja  nein

Hospitationen\*  ja  nein

#### Ambulanter Bereich

Anzahl der Patient/Quartal \_\_\_\_\_

Anzahl der Konsultation/Quartal \_\_\_\_\_

Abrechnung DSF (02311) \_\_\_\_\_

Hospitationen\*  ja  nein

\* Diese müssen im Weiterbildungsprogramm detailliert aufgezeigt werden und unter Befugnis stattfinden. Bsp. Diabetologische Notfälle

#### Weitere Angaben zur Diagnostik und Behandlungstherapie

- Typ 1 Diabetes
- Insulinpumpe
- Charcot-Fuß, Diabet. Fuß, Schuhversorgung
- rtCGM
- Gestationsdiabetes und Diabetes + Schwangerschaft
- Ketoazidose (S3 Leitlinie DDG)
- Differenzialtherapie mit OAD
- Diabetestherapie bei Kortison, präoperativ, operativ

#### Anzahl im Jahr

### 8.6 Ausstattung und Angebot

Zertifikate zur Durchführung von Diabeteschulungen/Ernährungstherapie

ja, welche \_\_\_\_\_  nein

#### Spezifische Geräte/Untersuchung für die Diabetologie

EKG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Behandlungswerkzeuge DFS <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nasschemie zur Bestimmung BZ, Hba 1C, Ketonen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hard-und Software zum Auslesen von Insulinpumpen und Sensoren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Neurologische Untersuchungsstandards <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schulungsequipment <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Messungen der Perfusion bei leitliniengerechter Therapie DFS <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstiges _____

#### Haben Sie beigefügt?

Bitte beachten Sie, dass aus allen Anlagen die Bezeichnung der Weiterbildungsstätte hervorgeht (Kopfbogen bzw. Stempel auf jeder Seite)!

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anlage 1: Kognitive und Methodenkompetenz/Handlungskompetenz   | <input type="checkbox"/> Anlage 4: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung   |
| <input type="checkbox"/> Anlage 2: Beruflicher Werdegang  | <input type="checkbox"/> ggf. Praxisgrundriss  |
| <input type="checkbox"/> Anlage 3: fachspezifische Geräteliste  | <input type="checkbox"/> ggf. Befürwortung des Chefarztes/Praxisinhabers   |
| <input type="checkbox"/> Ehrenerklärung<br>Lt. Beschluss der Kammerversammlung vom 04.12.2021 sind Personen ab Jahrgang 1975 von der Verpflichtung zur Abgabe der Ehrenerklärung befreit. | <input type="checkbox"/> Ehrenerklärung liegt bereits vor<br>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