

# Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzweiterbildung Proktologie

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/ Leiters/ 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 \_\_\_\_\_  
Zusatz- bezeichnung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
Sonstige Anerkennungen \_\_\_\_\_ 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 Angaben zur Weiterbildungsstätte

3.1 Belegbetten vorhanden?  ja  nein

Wenn ja, Anzahl: \_\_\_\_\_

Klinische Konsiliartätigkeit:  ja  nein

Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

### 3.2 Anzahl der Patienten (in den letzten 12 Monaten)

stationär \_\_\_\_\_

ambulant \_\_\_\_\_

### 3.3 Weitere Fachspezifische Abteilungen im Krankenhaus

**Abteilungen:**

**Abteilung:vorhanden:**

**Leitung der Abteilung:**

Radiologie  ja  nein

\_\_\_\_\_

Anästhesiologie  ja  nein

\_\_\_\_\_

Pathologie  ja  nein

\_\_\_\_\_

**Ggf. weitere Abteilungen:**

**Anzahl der Betten:**

**Leitung der Abteilung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3.4 Absicherung der Notfallaufnahme und Intensivmedizin

Notfallaufnahme vorhanden  ja  nein

Leitung der Notfallaufnahme: \_\_\_\_\_

Notfallversorgungsstufe  Stufe 1  Stufe 2  Stufe 3

Intensivmedizinische Abteilung vorhanden  ja  nein

Leitung der Abteilung: \_\_\_\_\_

Umfang der intensivmedizinischen Befugnis \_\_\_\_\_ Monat

Anzahl Beatmungsbetten \_\_\_\_\_ Betten

Anzahl Betten IMC \_\_\_\_\_ Betten

### 3.5 Absicherung Laboruntersuchungen

Labor oder Kooperation mit Labor vorhanden:  ja  nein

Leiter/-in des Labors: \_\_\_\_\_

Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4 Angaben zum Personal**

Anzahl der Ärzte Gesamt:	_____	Krankenschwester/-pfleger:	_____
davon		Psychologen:	_____
Chefärzte:	_____	Physiotherapeuten:	_____
Oberärzte:	_____	Ergotherapeuten:	_____
Ärzte in Weiterbildung:	_____	Anderes Med. Assistenzpersonal:	_____

**5 Gutachten**

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr \_\_\_\_\_

**6 Fort- und Weiterbildung**

Regelmäßige Teilnahme am Tumorboard	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fallbesprechungen mit dem/der Arzt/ Ärztin in Weiterbildung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**8 Qualitätssicherungsmaßnahmen**

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen  ja  nein

wenn ja, welche intern extern

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**8 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.

**9 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.

**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: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- ggf. Praxisgrundriss
- ggf. Befürwortung des Chefarztes/ Leiters/ 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