



## Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte

Gebiet/ SP/ ZB \*:

### 1 Krankenhaus

Anschrift:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Geschäftsführer/ Verwaltungsleiter: \*\*

Ärztlicher Leiter:

#### 1.1 Weiterbildungsstätte

Klinik/ Abteilung/ Institut:

### 2 Träger des Krankenhauses / der Weiterbildungsstätte

Anschrift:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Rechtsform

\* hier Gebiet / Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung lt. Weiterbildungsordnung eintragen

\*\* nicht Zutreffendes bitte streichen

### 3 Angaben speziell zur Weiterbildungsstätte

Anzahl der Betten	<input type="text"/>				
Eigene Intensivabteilung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Interdisziplinäre Intensivabteilung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Wacheinheit	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Konsiliartätigkeit	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Konsiliartätigkeit externer Ärzte	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Teilnahme am Bereitschaftsdienst	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Rotationsstellen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
externe Hospitationen möglich	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Gutachten/Jahr	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Anzahl: <input type="text"/>
Feststellungsbescheid/Disziplinarspiegel lt. Krankenhausplan d. Landes Brandenburg	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Handbibliothek (Abteilung)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Vergütung der Weiterbildungsassistenten nach BAT	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Haustarif: <input type="text"/>

#### 3.1 Spezialabteilungen entsprechend den Schwerpunkten der Weiterbildungsordnung

Schwerpunkt:	Betten:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 3.2 Personelle Besetzung (Anzahl + Qualifikation) ggf. als Anlage 1 beifügen

	Facharzt		Schwerpunkt		Zusatzbezeichnung
	Soll	Ist	Soll	Ist	
Chefärzte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oberärzte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
weitere Fachärzte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Weiterbildungsassistenten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
weitere Ärzte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 3.3 Statistische Angaben

<b>Stationärer Bereich</b>	<input type="text"/>
Patientendurchgang /Jahr	<input type="text"/>
Bettenbelegung %/Jahr	<input type="text"/>
Durchschnittliche Verweildauer (Tage)	<input type="text"/>
<b>Ambulanter Bereich</b> (prä- und postoperativ)	<input type="text"/>
Konsultationen/Jahr	<input type="text"/>
Anzahl der Patienten in der Notfallambulanz	<input type="text"/>

**3. 4 Leistungsstatistik / OP-Statistik (Vorjahr) als Anlage 2 beifügen**

**3. 5 Technische Ausstattung als Anlage 3 beifügen**

**3. 6 Angaben speziell zur Weiterbildung**

Anzahl der Veranstaltungen:

- |  |                          |    |                          |      |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Freistellung nach Weiterbildungsgesetz                               | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Weiterbildungspläne/-programme                                       | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Röntgendemonstrationen   | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Klinisch-pathol. Demonstrationen                                     | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Klinikinterne Weiterbildung Problemvisiten<br>u. a.                  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Interdisziplinäre Fort- und ja nein<br>Weiterbildungsveranstaltungen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
- sonstige Veranstaltungen:

**3. 7 Qualitätssicherung**

Teilnahme  ja  nein

wenn ja, welche:

**4 Ausstattung des Krankenhauses**

**4. 1 Labor**

- |                               |                          |    |                          |      |
|-------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Klinische Chemie einschl. SBH | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Gerinnung                     | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Hämatologie                   | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Blutgruppenserologie          | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Blutdepot                     | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Liquoruntersuchung            | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

#### 4.2 Diagnostische Radiologie

Selbständige Klinik/Abteilung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
CT	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
MRT	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Angiographie	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Phlebologie	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Liquoruntersuchung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

#### 4.3 Sonstiges

Rettungsstelle	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Sonographie	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Endoskopie	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Obduktionsmöglichkeit	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Zentralbibliothek	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

,   
Ort Datum

---

Stempel / Unterschrift Geschäftsführer/Verwaltungsleiter

,   
Ort Datum

---

Stempel / Unterschrift Ärztlicher Leiter