

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

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 _____

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 _____

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 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

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

ja

nein

ja

nein

ja

nein

8.5 Statistische Angaben

Bitte durch Jahres- oder Quartalsstatistik belegen

Stationärer Bereich

Anzahl Patienten gesamt _____

davon operative Fälle _____

davon konservative Fälle _____

durchschnittliche Verweildauer _____

CMI _____

ambulante Patienten gesamt
(stationsersetzend) _____

Ambulanter Bereich

Patient/Quartal _____

Konsultation/Quartal _____

Konsultations- und Hausbesuchttätigkeit/Quartal _____

Belegbetten ja Anzahl _____ nein

Einrichtung _____

8.6 Ausstattung und Angebot

Bettenzahl: _____

Anzahl der Operationsräume
davon _____

aseptisch _____

septisch _____

Anzahl der OP-Tische _____

Weitere Abteilungen und Betten

	Bettenzahl	organisatorische Leitung	fachliche Leitung
Allgemeinchirurgie	_____	_____	_____
Gefäßchirurgie	_____	_____	_____
Herzchirurgie	_____	_____	_____
Kinder- und Jugendchirurgie	_____	_____	_____
Orthopädie un Unfallchirurgie	_____	_____	_____
Thoraxchirurgie	_____	_____	_____
Viszeralchirurgie	_____	_____	_____

Zentrale Notfallaufnahme

Welcher Stufe ist die Notaufnahme zugeordnet?

- Stufe 1 - Basisversorgung
- Stufe 2 - erweiterte Notfallversorgung
- Stufe 3 - umfassende Notfallversorgung

Leiter: _____

Anästhesiologie/Intensivmedizin

zentrale Abteilung ja nein

Leiter: _____

Qualifikation: _____

Haben Sie beigefügt?

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