

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzweiterbildung Spezielle Schmerztherapie

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: Facharztbezeichnung _____ seit _____

_____ seit _____

Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung _____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

Sonstiges (z. B. RöV, Ultraschall usw.) _____ 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 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/Praxis

| | Anzahl Betten | organisatorische Leitung | fachliche Leitung |
|---|---------------|--------------------------|-------------------|
| Spezielle Schmerztherapie | _____ | _____ | _____ |
| Weitere Schmerztherapeutische Abteilungen | _____ | _____ | _____ |

8.1 Räumliche Voraussetzungen

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Internetverbindung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

8.2 Schmerztherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte

| | | |
|---------------------------|---------------------------|--|
| gesamt | mit Facharztanerkennung | mit Anerkennung Schwerpunktbezeichnung |
| _____ / _____ | _____ / _____ | _____ / _____ |
| Vollzeitkräfte / Personen | Vollzeitkräfte / Personen | Vollzeitkräfte / Personen |

8.3 Medizinisches Assistenzpersonal in der Schmerztherapie

| | |
|--|-------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger | _____ |
| Krankengymnasten | _____ |
| sonstiges Assistenzpersonal | _____ |
| Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte | _____ |

8.4 Sonstige Abteilung bzw. Kooperationen im Krankenhaus oder mit der Praxis

| | Bettenzahl |
|--|------------|
| Spezialabteilungen (z. B. Chirurgie) | _____ |
| sonstige Abteilungen bzw. Praxiskooperation (z. B. Orthopädie) | _____ |

8.5 Statistische Angaben

(Bitte durch Jahres- oder Quartalsstatistiken belegen.)

*Aufschlüsselung nach den 5 häufigsten Hauptdiagnosen auf Basis ICD 10)

stationär

| | |
|----------------------------------|---|
| Anzahl der Patienten | _____ |
| davon mit chronischen Schmerzen* | _____ |
| durchschnittliche Verweildauer | _____ |
| Belegung im Berichtsjahr | _____ |
| klinische Konsiliarität | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

ambulant

| | |
|----------------------------------|-------|
| Anzahl der Patienten | _____ |
| davon mit chronischen Schmerzen* | _____ |
| Anzahl der Konsultationen | _____ |

8.6 Dokumentationsverfahren

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| ICD 10-Diagnosen | <input type="checkbox"/> |
| DRG/OPS | <input type="checkbox"/> |
| MASK | <input type="checkbox"/> |
| Komorbidität | <input type="checkbox"/> |
| MPSS (Gerbershagen) | <input type="checkbox"/> |

8.7 Schmerztherapeutische Setting

- | | |
|---|--------------------------|
| Dokumentationsstandard/Deutscher Schmerzfragebogen - DSF | <input type="checkbox"/> |
| Teambesprechungen | <input type="checkbox"/> |
| Interdisziplinäre Fallbesprechung | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzkonferenzen | <input type="checkbox"/> |
| Supervisionen | <input type="checkbox"/> |
| Diagnostische und therapeutische Verfahren (in Klinik/Praxis erbracht) | <input type="checkbox"/> |

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: Statistische Anlagen (Patienten mit chronischen Schmerzen –Aufschlüsselung nach den 5 häufigsten Hauptdiagnosen auf Basis ICD 10)
- ggf. Praxisgrundriss
- ggf. Befürwortung des Chefarztes/Praxisinhabers

Kontaktdaten:

Telefon

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

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