

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Thoraxchirurgie

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 _____ |
| | _____ | seit _____ |
| Zusatz- bezeichnung | _____ | seit _____ |
| | _____ | seit _____ |
| | _____ | seit _____ |
| Sonstige Anerkennungen | _____ | seit _____ |
| | _____ | seit _____ |
| | _____ | seit _____ |

Bitte fügen Sie Ihren Beruflichen Werdegang als Anlage bei!

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 Beruflicher Werdegang des Antragstellers (Bitte als Anlage beifügen!)

4 Angaben zur Weiterbildungsstätte

4.1 Angaben zum Personal

Anzahl der Ärzte Gesamt: _____

Chefärzte: _____ Krankenschwester/-pfleger _____

Oberärzte: _____ Medizinische Fachangestellte _____

Ärzte in Weiterbildung _____ sonstiges Personal _____

4.2 Abteilungen bzw. Kooperationen im Krankenhaus oder mit der Praxis

| Abteilung | Abteilung vorhanden | | Leitung der Abteilungen |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Allgemein-/Viszeralchirurgie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Orthopädie und Unfallchirurgie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Gefäßchirurgie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Herzchirurgie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Kinderchirurgie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Plastische und Ästhetische Chirurgie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Anästhesiologie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Pathologie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Besteht die Möglichkeit einer Schnellschnittuntersuchung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Radiologie (interventionelle) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Hämatologie / Onkologie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Radioonkologie / Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Besteht im Krankenhaus eine 24h-Endoskopie-Bereitschaft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Besteht im Krankenhaus eine 24h-Labor-Bereitschaft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Ist eine ständige Fachärztliche Präsenz Thoraxchirurgie gegeben (24/7): | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

4.3 Absicherung der Notfallaufnahme und Intensivmedizin

Notfallaufnahme vorhanden ja nein

Leitung der Notfallaufnahme: _____

Intensivmedizinische Abteilung vorhanden ja nein

Leitung der Abteilung: _____

Umfang der intensivmedizinischen Befugnis _____

5 Statistische Angaben (der letzten 12 Monate)

| stationär | _____ | ambulant | _____ |
|----------------------|-------|----------------------|-------|
| Anzahl der Patienten | | Anzahl der Patienten | |

6 Geräteliste

| Gerätetyp | Gerät vorhanden | |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| CT | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| MRT | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| PET | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonographie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Dopplersonographie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Röntgen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Intensivmedizin: Geräte zur extrakorporalen Lungengersatztherapie vorhanden? ja nein

Fachspezifische Geräteliste (Anzahl, Baujahr, Typ) - als Anlage beifügen

7 Ausstattung der Weiterbildungsstätte

Anzahl der Operationsräume _____

Anzahl der OP-Tische _____

8 Gutachten

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr _____

9 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 |
| Mitglied eines Weiterbildungsnetzwerkes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

10 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen ja nein

wenn ja, welche

intern

extern

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

11 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.

12 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?

- Anlage 1: Beruflicher Werdegang
- Anlage 2: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- Anlage 3: Spezifische Geräteliste
- 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