

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzbezeichnung Spezielle Viszeralchirurgie

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 Angaben zur Weiterbildungsstätte

3.1 Abteilungen bzw. Kooperationen im Krankenhaus oder mit der Praxis

Abteilung	Abteilung vorhanden		Leitung der Abteilungen
Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Allgemeinchirurgie	<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	_____
Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Plastische und Ästhetische Chirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Thoraxchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Besteht im Krankenhaus eine eigenständige Klinik / Abteilung für Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Besteht im Krankenhaus eine eigenständige Klinik / Abteilung für Hämatologie und Onkologie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Besteht im Krankenhaus ein Institut für 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	_____
Besteht ständige Bereitschaft der interventionelle Radiologie? (24/7)	<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 mindestens 1 Facharzt/Fachärztin Innere Medizin und Hämatologie & Onkologie am Hause:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist eine ständige Fachärztliche Präsenz Medikamentöse Tumortherapie gegeben (24h):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist eine ständige Fachärztliche Präsenz Viszeralchirurgie gegeben (24h):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

3.2 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

4 Statistische Angaben (der letzten 12 Monate)

stationär

Anzahl der Patienten _____

ambulant

Anzahl der Patienten _____

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

Bemerkungen:

7 Qualitätssicherungsmaßnahmen

7.1 Zertifiziertes Organzentrum

ja nein wenn ja, Anzahl _____

Wenn ja, bitten führen Sie konkret auf welches Organzentrum:

Wenn ja, welche Zertifizierungsstelle/ -stellen:

7.2 Weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an weiteren 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?

- 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

Anlage zum Befugnisantrag

Detaillierter OP-Katalog des Antragstellers für die letzten zwei Jahre

ART DER OPERATION / OPS-CODE	ANZAHL IN DEN VERGANGENEN ZWEI JAHREN
MAGEN OPS	
5-435 2/3 MAGENRESEKTION	_____
5-436 4/5 MAGENRESEKTION	_____
5-437 GASTREKTOMIE	_____
PANKREAS OPS	
5-524.0 PANKREASLINKSRESEKTION	_____
5-524.1 WHIPPLE	_____
5-524.2 TRAVERSO-LONGMIRE	_____
5-525 PANKREATEKTOMIE	_____
LEBER-OPS	
5-502.0 SEGMENTRESEKTION	_____
5-502.1 HEMIHEPATEKTOMIE LINKS	_____
5-502.2 HEMIHEPATEKTOMIE RECHTS	_____
5-502.3 TRISEGMENTEKTOMIE	_____
5-502.4 BISEGMENTEKTOMIE	_____
5-502.5 SONSTIGE	_____
REKTUMS-OPS	
5-484.3 ANTERIORE REKTUMRESEKTION	_____
5-484.5 TIEFE ANTERIORE REKTUMRESEKTION	_____
5-485.0 REKTUMEXSTIRPATION ABDOMINOPERINEAL	_____
5-485.1 REKTUMEXSTIRPATION MIT NACHBARORGANEN	_____
5-485.2 REKTUMEXSTIRPATION ABDOMINOSACRAL	_____
KOLON-OPS	
5-455.3 ZÖKUMRESEKTION	_____
5-455.4 HEMIKOLEKTOMIE RECHTS	_____
5-455.5 TRANSVERSUMRESEKTION	_____
5-455.6 HEMIKOLEKTOMIE LINKS	_____
5-455.7 SIGMARESEKTION	_____
5-455.9 ERWEITERTE HEMIKOLEKTOMIE RECHTS	_____
HERNIEN OPS	
5-530 LEISTENHERNIE	_____
5-536 NARBENHERNIE	_____
SCHILDDRÜSE OPS	
5-061 HEMITHYREODIEKTOMIE	_____
5-062 PARTIELLE SCHILDDRÜSENRESEKTION	_____
5-063 THYREOIDEKTOMIE	_____
GALLEN-OPS	
5-511 CHOLECYSTEKTOMIE	_____

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