

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzweiterbildung Proktologie

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 _____
Zusatz- bezeichnung	_____	seit _____
	_____	seit _____
	_____	seit _____
	_____	seit _____
Sonstige Anerkennungen	_____	seit _____
	_____	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 Angaben zur Weiterbildungsstätte

3.1 Belegbetten vorhanden? ja nein

Wenn ja, Anzahl: _____

Klinische Konsiliartätigkeit: ja nein

Wenn ja, wo: _____

3.2 Anzahl der Patienten (in den letzten 12 Monaten)

stationär _____

ambulant _____

3.3 Weitere Fachspezifische Abteilungen im Krankenhaus

Abteilungen:

Abteilung:vorhanden:

Leitung der Abteilung:

Radiologie ja nein

Anästhesiologie ja nein

Pathologie ja nein

Ggf. weitere Abteilungen:

Anzahl der Betten:

Leitung der Abteilung:

3.4 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

3.5 Absicherung Laboruntersuchungen

Labor oder Kooperation mit Labor vorhanden: ja nein

Leiter/-in des Labors: _____

Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung: _____

4 Angaben zum Personal

Anzahl der Ärzte Gesamt:	_____	Krankenschwester/-pfleger:	_____
davon		Psychologen:	_____
Chefärzte:	_____	Physiotherapeuten:	_____
Oberärzte:	_____	Ergotherapeuten:	_____
Ärzte in Weiterbildung:	_____	Anderes Med. Assistenzpersonal:	_____

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

8 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an 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

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