

# Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Strahlentherapie

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 _____
		_____	seit _____
	Schwerpunkt, Zusatz- bezeichnung	_____	seit _____
		_____	seit _____
		_____	seit _____
		_____	seit _____
	Sonstiges (z. B. RöV, Ultraschall usw.)	_____	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 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

Anzahl Untersuchungsräume für Patienten im Funktionsbereich \_\_\_\_\_

Steht den Ärztinnen/Ärzte im Falle von Patientenuntersuchungen ein eigener Untersuchungsraum zur Verfügung? \_\_\_\_\_

**8.2 Welche Fachbereiche werden versorgt?**

Gesamtbettenzahl des Krankenhauses	_____	
Allgemein- und Visceralchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Innere Medizin Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Innere Medizin Onkologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Neurologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Urologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige	_____	
	_____	
	_____	

**8.3 Haben Sie eine radioonkologische Abteilung (Bettenabteilung für Strahlenbehandlung)?**

Anzahl Betten für die Strahlentherapie unter eigener Versorgung	_____
Werden in eigener Verantwortung systemische Tumortherapien (z.B Chemotherapie) durchgeführt?	_____
Stehen dem Antragsteller Betten in anderen Fachabteilungen zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In welcher Abteilung?	Anzahl
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**8.4 Personelle Besetzung**

<b>Ärztinnen/Ärzte</b>	
Chefarzt	_____
Oberärzte	_____
Fachärzte	_____
Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung	_____
<b>Medizinisch-technisches Personal für Strahlentherapie</b>	
MTRA	_____
<b>Medizinphysik Experten</b>	
Medizinphysiker	_____
<b>sonstiges Assistenzpersonal</b>	Anzahl
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### 8.5 Statistische Angaben (der letzten 12 Monate)

Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (der letzten 12 Monate)

#### Klinik/Abteilung/Praxis

Fallzahl maligner Erkrankungen pro Jahr

stationär \_\_\_\_\_

ambulant \_\_\_\_\_

Fallzahl benigner Erkrankungen pro Jahr

stationär \_\_\_\_\_

ambulant \_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie als Anlage einen entsprechenden Auszug aus der ICD-10 Statistik bei sowie die zu meldenden Daten an die Ärztliche Stelle.

### 8.6 Spezielle Maßnahmen zur Weiterbildung

Werden regelmäßige tägliche strahlentherapeutische Besprechungen unter chef- bzw. oberärztlicher Leitung durchgeführt?

ja

nein

Stellen die Weiterbildungsassistenten in diesem Rahmen eigene Fälle vor?

ja

nein

klinische Visiten

ja

nein

Gibt es regelmäßige Besprechungen mit anderen Fachgebieten (Tumorkonferenzen), bei denen die Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung zugegen sind?

ja

nein

**Wenn ja, mit welchen Fachgebieten?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Haben Sie beigefügt?

Anlage 1: Kognitive und Methodenkompetenz/Handlungskompetenz

Anlage 2: Beruflicher Werdegang

Anlage 3: fachspezifische Geräteliste

Anlage 4: ICD-10 Jahresstatistik

Anlage 5: Gegliedertes Programm

ggf. Praxisgrundriss

ggf. Befürwortung des Chefarztes/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