



ÄRZTEKAMMER HAMBURG
Humboldtstraße 56 (Ärztehaus)
22083 Hamburg
Tel.: 22 802 - 414 / - 492

KRANKENHAUS / PRAXIS

**Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis
für die Zusatz-Weiterbildung**

Dermatohistologie

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang von
_____ **(Angabe in Monaten)**

B. **ANGABEN ZUR PERSON:**

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift der Klinik / der Praxis:

_____ Tel.: _____

E-Mail: _____

Kassenarztnummer: _____

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

Haut- u. Geschlechtskrankheiten seit: _____

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

Dermatohistologie seit: _____

_____ seit: _____

_____ seit: _____

niedergelassen als:

Facharzt für Haut- u. Geschlechtskrankheiten seit: _____

Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für die beantragte Qualifikation zur Weiterbildung befugt?

Ja / Nein

Falls Ja, bitte angeben:

Weiterbildungsstätte _____

Zeitraum von _____ bis _____

zeitlicher Umfang _____ Monate

I. KLINIKÄRZTE

C. ANGABEN ZUR WEITERBILDUNGSSTÄTTE:

Berufliche Stellung in der Klinik:

Tätigkeit als: _____ seit _____

Dienststellung in der Abteilung: _____

Bitte Einzelheiten zum beruflichen Werdegang als **ANLAGE 3** beifügen !

Weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Ärzten?

Nein / Ja

Vertragsärztliche Ermächtigung?

Nein / Ja, welche

1. Einbindung der Abteilung in die Krankenhausstruktur (selbständig / zugeordneter Funktionsbereich etc.)

2.1 Bettenführende Station/-en

_____ Bettenzahl _____
_____ Bettenzahl _____
_____ Bettenzahl _____

2.2 Spezialabteilungen (z.B. Notaufnahme, Poliklinik, Ambulanz, Funktionsabteilung)

ANGABEN ZUR PERSONELLEN BESETZUNG:

Gesamtzahl der Ärzte	_____	davon beteiligt an der WB-Vermittlung	_____
Oberärzte	_____	davon mit Facharztanerkennung	_____
Assistenzärzte	_____	davon mit Facharztanerkennung	_____

II. NIEDERGELASSENE ÄRZTE:**Praxisform**

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis
Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____
- Praxismgemeinschaft
Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)¹
Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____
- ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung
z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft

2. Räumliche AusstattungGröße der Praxis in m²: _____

Gesamtzahl der Räume: _____

davon: _____ Behandlungsräume
 _____ Funktionsräume
 _____ sonstige Räume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten Ja / Nein**Medizinisches Assistenzpersonal**

	Medizinische Fachangestellte	MTA / MTRA	Krankenschwestern	Sonstige (bitte nennen)
Vollzeit:				
Teilzeit:				

III. KLINIKÄRZTE / NIEDERGELASSENE ÄRZTE**3. Apparative Ausstattung der Krankenhausabteilung/der Praxis:**Bitte genaue Angaben zur apparativen Ausstattung als **ANLAGE 1** beifügen !**4. Leistungsspektrum der Abteilung / der Praxis**Spezielles Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres (Klinik) - aktuelle Einzelleistungs-Statistik der Honorarabrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (Praxis) als **gesonderte ANLAGE** beifügen.**5. Fachliche Schwerpunkte der Abteilung / der Praxis**Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 2** beifügen !

¹ Bei einer Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum muss sichergestellt werden, dass der zur Weiterbildung befugte Arzt in jedem Fall weisungsbefugt gegenüber dem Weiterbildungsassistenten ist. Bitte fügen Sie diesem Antrag eine entsprechende Bestätigung als gesonderte **ANLAGE** bei.

D. ANGABEN ZUR STRUKTURIERUNG DER WEITERBILDUNG IN IHRER ABTEILUNG/ IHRER PRAXIS:

Bitte strukturierten Weiterbildungsplan als **gesonderte ANLAGE** beifügen !

1. Ist für die Absolvierung der Weiterbildung eine Rotation erforderlich?

- JA NEIN

Wenn ja, ist die Rotation für die Weiterzubildenden organisatorisch gesichert?

- JA NEIN

2. Wie wird die Weiterbildung – unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 2 – dokumentiert ?

- in Form des Logbuches
 in Form eines eigenen Dokumentationssystems

3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit auch durch regelmäßige Teilnahme an klinischen dermatohistologischen Demonstrationen

- JA NEIN

Bitte Ausdruck des aktuellen Qualitätsberichtes der Klinik-Abteilung als **gesonderte ANLAGE** beifügen !

Hamburg, den _____

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 2

Name und Stempel der/des
Antragstellerin/-stellers:

Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten der Abteilung / Praxis

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

ANLAGE 3**Möglichkeiten zur Fachinformation**1) Angaben zur Bibliothek:

Ihre Angaben beziehen sich auf

 Online-Medien vor Ort einsehbare Medien

Fachzeitschriften des Gebietes, und zwar

International anerkannte Fachzeitschrift: _____

Fachbücher des Gebietes, und zwar

2) Zugang zu Datennetzen: Ja Nein

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 4

Beruflicher Werdegang

1. Ärztliche Ausbildung

2. AiP-Ausbildung

3. Fachärztliche Weiterbildung

4. Zusatzqualifizierungen

5. Ärztliche Tätigkeiten im Ausland

6. Forschung und Lehre
(ggf. Liste der Publikationen beifügen)

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin