

KRANKENHAUS / PRAXIS

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

Diabetologie

- Kinder- und Jugendmedizin -

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:

Kinder- und Jugendmedizin seit: _____

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

Diabetologie seit: _____

_____ seit: _____

_____ seit: _____

niedergelassen in Voll- Teilzeittätigkeit als:

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin 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:

Voll- Teilzeittätigkeit 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 _____
- Praxisgemeinschaft
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/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 / 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.

- 6. Zugang zu Fachinformationen**
- Bibliothek mit gängiger Fachliteratur Ja Nein
- Nutzung von Datennetzen Ja Nein
- Regelmäßige Klinikfortbildung Ja Nein

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

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

2. Bitte Curricula zur strukturierten Schulung für alle angewandten Therapieformen entsprechend den aktuellen Leitlinien der DDG als **gesonderte ANLAGE beifügen !**

3. Ist für die Absolvierung der Weiterbildung in Ihrer Abteilung eine Rotation erforderlich?
 JA NEIN

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

JA NEIN

4. Ist eine 2-wöchige Hospitation in einer diabetologischen Einrichtung für Erwachsene (Diabetes Typ 2 / Schwangerschaft) möglich?
 JA NEIN

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

in Form des Logbuches

in Form eines eigenen Dokumentationssystems

E. Konsiliarische Zusammenarbeit mit folgenden Fachgruppen:

- Augenarzt
- Psychologe oder Psychiater²
- Diätassistentin³

Kinderarzt und Diabetologe _____ Teil- / _____ Vollzeit

Kinderkrankenschwester und Diabetesberaterin (Standard nach DDG) _____ Teil- / _____ Vollzeit

Diabetesberaterin (Standard nach DDG) oder **Diätassistentin** oder **Ökotrophologin** _____ Teil- / _____ Vollzeit

Psychologe oder Kinder- und Jugendpsychiater _____ Teil- / _____ Vollzeit

Sozialer Dienst _____ Teil- / _____ Vollzeit

² Nicht jede Einrichtung hat einen Psychologen / Psychiater vor Ort

³ Nicht jede WB-Stätte hat eine Diätassistentin vor Ort. Wenn eine Diabetesassistentin, die ebenfalls erforderlich ist (Umfang s. Kriterien), eine Weiterbildung aufbauend auf ihrer Ausbildung zur Diätassistentin absolviert hat, ist eine konsiliarische Zusammenarbeit nicht notwendig.

F. **ALLGEMEINE STATISTISCHE ANGABEN DER ABTEILUNG/PRAXIS:****1. Fallzahl pro Jahr**

_____ Typ 1 Diabetiker
(Hauptdiagnose und/oder Schwerpunkt-Betreuung, z.B. Konsilardienst)

_____ Pumpenpatienten

2. Strukturierte Schulungen pro Jahr

ICT-Schulungen bei _____ Patienten

Bitte die Anzahl der behandelten Patienten z.B. durch Konsiliarscheine oder Leistungsnachweise als **gesonderte ANLAGE** dokumentieren !

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

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