

KRANKENHAUS

Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis

Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt
Gastroenterologie

- bezogen auf den speziellen Abschnitt der Weiterbildung -

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 / Klinikabteilung:

_____ Tel.: _____

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

Innere Medizin seit: _____

Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie seit: _____

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

Schwerpunkt Gastroenterologie seit: _____

_____ seit: _____

_____ seit: _____

BERUFLICHE STELLUNG:

Tätigkeit als: _____ seit _____

Dienststellung in der Abteilung: _____

Bitte Einzelheiten zum beruflichen Werdegang als gesonderte ANLAGE beifügen !

Weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Ärzten?

Nein / Ja

Vertragsärztliche Ermächtigung?

Nein / Ja, welche

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

C. ANGABEN ZUR EIGENEN KRANKENHAUSABTEILUNG / WEITERBILDUNGSSTÄTTE:**1. Einbindung der Abteilung in die Krankenhausstruktur
(selbständig / zugeordneter Funktionsbereich etc.)**_____

_____**2.1 Bettenführende Station/-en**

_____	Bettenzahl	_____
_____	Bettenzahl	_____
_____	Bettenzahl	_____
_____	Bettenzahl	_____

2.2 Intensivabteilung Ja Nein Bettenzahl _____**Bitte gesonderte Angaben zur intensiv-stationären Weiterbildung als ANLAGE 1 beifügen !**

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

3. Besondere apparative Ausstattung der Abteilung

Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 2** beifügen !

3. Fachliche Schwerpunkte der Abteilung

Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 3** beifügen !

5. 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:

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

2. 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

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

in Form des Logbuches

in Form eines eigenen Dokumentationssystems

E. ANGABEN ZUR PERSONELLEN BESETZUNG:

Gesamtzahl der Ärzte _____ davon beteiligt an der WB-Vermittlung _____

Oberärzte _____ davon mit Facharztanerkennung _____

Assistenzärzte _____ davon mit Facharztanerkennung _____

Konsiliarärzte für die Abteilung

Nein / Ja, mit der Fachrichtung

F. **ALLGEMEINE STATISTISCHE ANGABEN DER ABTEILUNG:**

1. Fallzahl pro Jahr _____
2. Durchschnittliche Verweildauer _____ (Tage)
3. Belegung im Berichtsjahr in % _____

Spezielles Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres als gesonderte ANLAGE beifügen sowie auf ANLAGE 4 vermerken.

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

Hamburg, den _____

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 1**ANGABEN ZUR INTENSIV-STATIONÄREN WEITERBILDUNG**

Besteht die Möglichkeit einer Weiterbildung auf der Intensivstation ?

ja nein

Handelt es sich um eine fachspezifische oder interdisziplinäre Intensivstation ?

fachspezifisch interdisziplinär

Hat die Gastroenterologische Abteilung dort eigene Betten ?

ja, und zwar _____ Betten nein

Wer leitet die Intensivstation bzw. hat die Weisungsbefugnis ?

ANLAGE 3

Name und Stempel der/des
Antragstellerin/-stellers:

Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten der Abteilung

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

ANLAGE 4

Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden	Richtzahl	vermittelte Anzahl
Duplex-Sonographien der abdominellen und retroperitonealen Gefäße	200	
Endosonographien	50	
Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, davon therapeutisch	300 50	
Endoskopisch Retrograde Cholangio-Pankreatikographie, davon – therapeutisch einschl. Erfahrung in perkutanen Techniken (PTCD)	150 50	
Instestinoskopie	Basisk.	
Koloskopie, davon – Polypektomien	300 50	
Proktoskopien	50	
Interventionelle Maßnahmen im oberen und unteren Verdauungstrakt einschl. endoskopische Blutstillung, Varizen-therapie, Thermo- und Laserkoagulation, Stent- und Endoprothesenimplantation, Polypektomie	Basisk.	
Mitwirkung bei Laparoskopien einschließlich Minilaparoskopien	25	
sonographisch gesteuerte interventionelle Verfahren an gastrointestinalen Organen einschl. Leberpunktionen	Basisk.	
manometrische Untersuchungen des oberen und unteren Verdauungstraktes	Basisk.	
Funktionsprüfungen, z.B. Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus, H2- Atemteste, C13-Atemteste, davon – pH-Metrie	25	
Mikroskopischer Nachweis von Protozoen (Lamblien, Amöben) oder Würmern/Wurmeiern im Stuhl oder Duodenalsaft	Basisk.	
abgeschlossene und dokumentierte zytostatische Therapien	Inhalte der Zusatz-WB „Med.Tumor- therapie“	

Name und Stempel der/des
Antragstellerin/-stellers: