



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

KRANKENHAUS

**Erhebungsbogen zum Antrag**  
**auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis**

**Facharzt für „Innere Medizin und Schwerpunkt  
Hämatologie und Onkologie“**

- 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 mit Schwerpunkt Hämatologie  
und Onkologie“ seit: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt Hämatologie u. Internistische Onkologie seit: \_\_\_\_\_

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

\_\_\_\_\_ 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** Nein / Ja      Bettenzahl \_\_\_\_\_**2.3 Spezialabteilungen (z.B. Notaufnahme, Poliklinik, Ambulanz,  
Funktionsabteilung)**

---

---

**3. Besondere apparative Ausstattung der Abteilung**Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 1** beifügen !**4. Fachliche Schwerpunkte der Abteilung**Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 2** 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  
 (bei operativen Fächern OP-Statistik)**

**G. ANGABEN ZU DER ABTEILUNG:**

Gehört zu der von Ihnen geleiteten Abteilung:

1. eine Intensivstation:  
 JA  NEIN

falls nein; in wessen Zuständigkeit liegt diese Station?

Namen des Leiters: \_\_\_\_\_

2. ein hämatologisch-onkologisches Labor:  
 JA  NEIN

falls nein; in wessen Zuständigkeit liegt dieses Labor?

Namen des Leiters: \_\_\_\_\_

<u>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</u>	<u>Richtzahl</u>	<u>vermittelte Anzahl</u>
Behandlung von Patienten mit - Systemerkrankungen - solide Tumoren	100 400	
hämatologisch-onkologische Labordiagnostik	BK	
zytostatische, immunmodulatorische, supportive und palliative Behandlungszyklen und nachfolgende Überwachung bei - soliden Tumorerkrankungen - hämatologischen Neoplasien - Hochdosischemotherapien	1500 500 50	
Befundungen von - peripheren Blutausstrichen - Knochenmarkausstrichen - zytochemischen Färbungen - immunologischen Zelldifferenzierungen - zytologischen Präparaten anderer Körperflüssigkeiten oder Feinnadelaspirate	BK	
sonographische Untersuchungen bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen	200	
Knochenmarkpunktionen	50	
Blutausstriche	50	
Stanzbiopsien des Knochenmarks		

Bitte Ausdruck des aktuellen Qualitätsberichtes der 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**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.