



**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 Endokrinologie und  
Diabetologie“**  
**- 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 Endokrinologie  
und Diabetologie“ seit: \_\_\_\_\_

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

Schwerpunkt Endokrinologie 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	_____

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

---

---

**Bitte Angaben zur intensiv-stationären Weiterbildung sowie  
zum endokrinologischen Labor als ANLAGE 1 beifügen !****3. Besondere apparative Ausstattung der Abteilung****Bitte Angaben hierzu als ANLAGE 2 beifügen !**

**4. Leistungsspektrum der Abteilung**

Spezielles Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres als **ANLAGE 3** beifügen.

**5. Fachliche Schwerpunkte der Abteilung**

Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 4** beifügen !

**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:**

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:**

<b>Gesamtzahl der Ärzte</b>	_____	davon beteiligt an der WB-Vermittlung	_____
<b>Oberärzte</b>	_____	davon mit Facharztanerkennung	_____
<b>Assistenzärzte</b>	_____	davon mit Facharztanerkennung	_____
<b>Ernährungsberater</b>	_____		
<b>Diabetes-Assistenten</b>	_____		

**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 % \_\_\_\_\_

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

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

**ANLAGE 1**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

**ANGABEN ZU DER ABTEILUNG:**

Gehört zu der von Ihnen geleiteten Abteilung:

**1. eine Intensivstation?**

JA  NEIN

Falls nein, in wessen Zuständigkeit liegt diese Station?

Name des Leiters: \_\_\_\_\_

**2. ein endokrinologisches Labor?**

JA  NEIN

Falls nein, in wessen Zuständigkeit liegt dieses Labor?

Name des Leiters: \_\_\_\_\_



**ANLAGE 3****Leistungsspektrum der Klinikabteilung**

<b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>	<b>Leistungszahl pro Jahr</b>
<b>Ultraschalluntersuchungen, davon</b>	
- Duplex-Sonographien an endokrinen Organen	
- Feinnadelpunktionen	
endokrinologische Labordiagnostik	
Osteodensitometrie	
<b>Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der besonderen Stimulations- oder Suppressionsteste bei endokrinologischen Erkrankungen:</b>	
- des endokrinen Pankreas	
- der Hypophyse	
- des Hypothalamus	
- der Schilddrüse	
- der Nebennieren	
- der Gonaden	

---

Unterschrift/Stempel  
des/der Antragstellers/-stellerin

## **ANLAGE 4**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

### **Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten der Abteilung**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.