



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

KRANKENHAUS

**Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis
im Schwerpunkt Neonatologie**

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:

Kinder- und Jugendmedizin seit: _____

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

Neonatologie 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 AbteilungBitte 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 % _____
4. Kreißsaalerstversorgung von Früh-
und Neugeborenen mit vitaler
Bedrohung, davon mit einem
Geburtsgewicht von < 1500 g _____ pro Jahr

**Spezielles Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres
(bei operativen Fächern OP-Statistik)**

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.