

KRANKENHAUS / PRAXIS

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

Physikalische und Rehabilitative Medizin

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 / Praxis:

_____ Tel.: _____

niedergelassen in Voll- Teilzeittätigkeit als: (entfällt ggf.):

_____ seit: _____

Kassenarztnummer (entfällt ggf.): _____

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

Physikalische und Rehabilitative Medizin seit: _____

_____ seit: _____

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

_____ seit: _____

_____ seit: _____

_____ seit: _____

_____ seit: _____

NUR KLINIKÄRZTE**BERUFLICHE STELLUNG:**

Voll- Teilzeittätigkeit 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

Sind / waren Sie bereits für eine Qualifikation gemäß Weiterbildungsordnung 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)

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

ALLE ANTRAGSTELLER

3. Besondere apparative Ausstattung der Abteilung / Praxis

Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 1** beifügen !

4. Fachliche Schwerpunkte der Abteilung / Praxis

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 / PRAXIS :

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

NUR KLINIKÄRZTE**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

MEDIZINISCHES ASSISTENZPERSONAL

Krankenschwester/Pfleger _____

Physiotherapeuten/Krankengymnasten _____

Masseur _____

Ergotherapeuten _____

Musiktherapeuten _____

Psychologen _____

Logopäden _____

Sozialdienst _____

Neuropsychologen _____

weiteres medizinisches Assistenzpersonal: _____

F. ALLGEMEINE STATISTISCHE ANGABEN DER ABTEILUNG:

1. Fallzahl pro Jahr _____

2. Durchschnittliche Verweildauer _____ (Tage)

3. Belegung im Berichtsjahr in % _____

**Spezielles Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres
aufgeschlüsselt nach den geforderten Richtzahlen der
Weiterbildungsordnung**

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

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

5. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre

Bitte **Punktekontoauszug der Fortbildungsakademie** als **gesonderte ANLAGE** beifügen

6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis

Bitte fügen Sie eine aktuelle **Einzelleistungs-Statistik** der **Honorarabrechnung** der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bei !

ALLE ANTRAGSTELLER**I. SONSTIGE EINRICHTUNGEN**

eigene bzw. zentrale Röntgenabteilung Ja Nein
Labor Ja Nein

J. ERSTELLUNG VON GUTACHTEN Ja Nein
speziell in der versicherungsrechtlichen Rehabilitation

Hamburg, den _____

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 2

Name und Stempel der/des
Antragstellerin/-stellers:

Detaillierte Angaben zu den Therapieformen / fachlichen Schwerpunkten der Abteilung / Praxis

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.