

ÄRZTEKAMMER HAMBURG
Humboldtstraße 56 (Ärztehaus)
22083 Hamburg
Tel.: 20 22 99 - 264 / - 265

KRANKENHAUS

Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis

Bitte WB-Bezeichnung eintragen:

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:

_____ seit: _____

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

_____ seit: _____

_____ seit: _____

_____ seit: _____

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 in einem Gebiet / Schwerpunkt etc. zur Weiterbildung befugt ?

Nein / Ja, bitte angeben:

WB-Bezeichnung: _____

Weiterbildungsstätte _____

seit: _____

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 NeinNutzung von Datennetzen Ja NeinRegelmäßige 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)**

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.