

KRANKENHAUS

**Erhebungsbogen zum Antrag  
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis  
für die Zusatz-Weiterbildung**

**Kinder-Pneumologie**

---

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: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

Kinder-Pneumologie 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 zu einem früheren Zeitpunkt für eine 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	_____

**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  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:**

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

Werden von Ihnen die nachstehenden Behandlungs- und Untersuchungsmethoden vermittelt ?

Behandlungs- und Untersuchungsmethoden	Anzahl	Nein
Stationäre und ambulante Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Lungenerkrankungen		
Lungenfunktionsuntersuchungen incl. Provokationsmethoden und Bodyplethysmographie		
Flexible Bronchoskopien (mindestens 40 Untersuchungen pro Jahr) sowie starre Bronchoskopien		
Pilocarpin-Iontophorese		
Asthmaschulungen im Kindes- und Jugendalter		
Allergietestungen		

Werden von Ihnen die nachstehenden Krankheitsbilder betreut ?

Krankheitsbilder	Anzahl	Nein
Asthma bronchiale		
Tuberkulose		
angeborene Lungenfehlbildungen		
zystische Fibrose (evtl. in Kooperation)		
interstitielle Lungenerkrankungen		
bronchopulmonale Dysplasie		
schlafbezogenen Atemregulationsstörungen		
Sauerstofflangzeittherapie incl. Heimbeatmung		