

**KRANKENHAUS**

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

**Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

---

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:

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie seit: \_\_\_\_\_

ggf. 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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	_____

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

**Spezielles Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres**

Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 3** beifügen ! Darüber hinaus bitten wir Sie, einen 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.

**ANLAGE 3**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

**Leistungsspektrum der Klinik-Abteilung**

<b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>	<b>Richtzahl WBO</b>	<b>Vermittelte Zahlen pro Jahr</b>
sonographische Untersuchungen der Gesichts- und Halsweichteile sowie der Nasennebenhöhlen und Doppler-/ Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße	200	
Lokal- und Regionalanästhesie	50	
Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung	50	
Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial	BK	
Tracheotomien	10	
operative Eingriffe in der		
dentoalveolären Chirurgie, z. B. Wurzelspitzenresektionen, parodontalchirurgische Maßnahmen	200	
septischen Chirurgie, z. B. Kieferhöhlenoperationen, Speichelsteinentfernungen	100	
Chirurgie bei Verletzungen, z. B. operative Versorgung von kombinierten Weichteil- und Knochenverletzungen	100	
Fehlbildungschirurgie, z. B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Operationen	10	
kieferorthopädischen und Kiefergelenkschirurgie, z. B. Osteotomien bei skelettalen Dysgnathien	10	
präprothetischen Chirurgie, z. B. Mundvorhofplastik, enossale Implantationen	25	
Tumorchirurgie, z. B. Probeexzisionen, Tumorsektionen	50	
Chirurgie an peripheren Gesichtsnerven, z. B. Dekompressionen, Nerven-Verlagerungen	10	
plastischen und Wiederherstellungschirurgie, z. B. Umschneidung von Fern- und Nahlappen, Überpflanzung von Haut, Knochen und Knorpel	125	
sonstige Eingriffe im Zusammenhang mit Mund-Kiefer und Gesichtsoptionen, z. B. mikrochirurgische Transplantationen einschließlich des Präparierens von Gefäßanschlüssen	10	
lasergestützten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	20	