

KRANKENHAUS

Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis

Phlebologie

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:

Phlebologie 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 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
(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. Art der durchgeführten Operationen

2. Vorliegen einer KV-Ermächtigung zur Ausführung von Leistungen in der Doppler-
Sonographie der peripheren Arterien und Venen

3. Angabe der konservativen Methoden

4.

5.

6.

7.