



**ÄRZTEKAMMER HAMBURG**  
Weidestraße 122 B (Alstercity)  
22083 Hamburg  
Tel.: 20 22 99 - 264 / - 265

**KRANKENHAUS**

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

**Röntgendiagnostik - fachgebunden**

---

**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: \_\_\_\_\_

Röntgendiagnostik - fachgebunden 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\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind / Waren Sie bereits für eine andere Qualifikation zur Weiterbildung befugt?

 Nein /  Ja, bitte angeben:

WB-Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_

in der Zeit 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)**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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 1**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

**Besondere apparative Ausstattung der Abteilung**

<b>Methoden / Untersuchungsverfahren</b> (Entsprechendes bitte angeben)	<b>Gerätetyp</b>	<b>Untersuchungen pro Jahr</b>
<b>Röntgendiagnostik Skelett:</b> gebietsbezogene Projektionsradiographie des Skeletts		
<b>Röntgendiagnostik Thorax:</b> Projektionsradiographie des Thorax		
<b>Röntgendiagnostik Verdauungstrakt und Gallenwege:</b> Projektionsradiographie des Verdauungstraktes und der Gallenwege		
<b>Röntgendiagnostik Harntrakt:</b> Projektionsradiographie des Harntraktes		
<b>Röntgendiagnostik der Mamma:</b> Projektionsradiographie der Mamma		

## **ANLAGE 2**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

### **Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten der Abteilung**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.