

ANTRAG AUF ERTEILUNG EINER WEITERBILDUNGSBEFUGNIS

Stationärer Bereich

(im nachstehenden Text wird die Berufsbezeichnung „Arzt/Ärztin“ einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet)

Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin

A. UMFANG

Beantragt wird eine Befugnis im Umfang von _____ Monaten

allein (Einzelbefugnis)

gemeinsam mit folgenden Ärzten (kumulative WBB oder Verbund-WBB):¹

Hauptantragsteller (Ansprechpartner – nur bei kumulativen und/oder Verbund-WBB)

B. ANGABEN ZUR PERSON DES ANTRAGSTELLERS:

Titel, Name, Vorname, _____

Geb.-Dat.: _____ Geburtsort: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Name / Anschrift der Klinik | Klinikabteilung:

Name: _____

Straße, PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Haupttätigkeit: _____ Std./Woche _____ seit _____

weitere Tätigkeiten | Std./Woche (z.B. weitere Chefarztstätigkeit, MVZ, Niederlassung etc.):

Anerkennungen:

Facharztanerkennung _____ seit _____

ggf. weitere FA-Anerkennung _____ seit _____

Schwerpunktanerkennung _____ seit _____

ggf. weitere SP-Anerkennung _____ seit _____

Zusatz-Weiterbildung _____ seit _____

ggf. weitere ZWB _____ seit _____

¹ In diesem Fall sind die ersten 3 Seiten des Antragsformulars von jedem Antragsteller einzeln auszufüllen und einzureichen, die übrigen Seiten reichen einfach

Berufliche Stellung

Vollzeit

Teilzeit im Umfang von _____ % der Regelarbeitszeit

als _____ seit _____

Dienststellung in der Abteilung: _____

Weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Ärzten?

JA

NEIN

Vertragsärztliche Ermächtigung?

NEIN

JA, welche _____

Persönliche und fachliche Eignung

1. Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für die beantragte Qualifikation zur Weiterbildung befugt?

JA

NEIN

Falls JA, bitte angeben:

Weiterbildungsstätte _____ | Zeitraum _____ | Umfang _____

2. Lehtätigkeit in Aus-, Fort- und Weiterbildung in den letzten 5 Jahren

JA

NEIN

Bitte entsprechende Nachweise als gesonderte
ANLAGE beifügen

3. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre

Bitte Punktekontoauszug der Fortbildungsakademie als
gesonderte **ANLAGE** beifügen

4. Teilnahme an Qualitätszirkeln

JA

NEIN

Falls JA, welche:

5. Beruflicher Werdegang

Bitte Lebenslauf als gesonderte **ANLAGE** beifügen

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 _____

2.2 Intensivabteilung

JA

NEIN

Bettenzahl _____

Bitte gesonderte Angaben zur intensiv-stationären Weiterbildung als **ANLAGE 1** beifügen

2.3 Spezialabteilungen (z.B. Notaufnahme, Poliklinik, Ambulanz, Funktionsabteilung etc.)

3. Besondere apparative Ausstattung der Abteilung

Bitte gesonderte Angaben hierzu als **ANLAGE 2** beifügen

4. Angaben zu Kooperationen mit anderen Einrichtungen / Abteilungen

Bitte gesonderte Angaben hierzu als **ANLAGE 3** beifügen

5. Angaben zu Qualitätssicherungsmaßnahmen / Zertifizierungen

6. Werden interdisziplinäre Konferenzen (z.B. Tumorkonferenzen) durchgeführt?

- JA
 NEIN

7. Zugang zu Fachinformationen

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bibliothek mit gängiger Fachliteratur | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Nutzung von Datennetzen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Regelmäßige Klinikfortbildung | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

D. ANGABEN ZUR STRUKTURIERUNG DER WEITERBILDUNG IN IHRER ABTEILUNG:

1. Bitte gegliedertes Programm für die Weiterbildung (Weiterbildungsplan | § 5 Abs. 6 WBO) als **gesonderte ANLAGE** beifügen

2. Ist für die Absolvierung der Weiterbildung in Ihrer Abteilung eine Rotation erforderlich?

- JA NEIN

Falls JA, ist die Rotation für die Weiterzubildenden organisatorisch gesichert?

- JA NEIN

3.1 Das **elektronische Logbuch** für die Weiterbildung dient der kontinuierlichen Dokumentation der absolvierten Weiterbildungsinhalte durch die Weiterzubildenden. Darüber hinaus erfolgt im Logbuch auch die Bestätigung des erreichten Weiterbildungsstandes sowie die Dokumentation der Jahresgespräche durch die zur Weiterbildung Befugten (vergl. § 2a Nr. 8 i.V.m. § 8 Abs. 1 WBO).

Ich versichere, dass ich mich zum Zeitpunkt der Antragsstellung über das Mitgliederportal für das eLogbuch registriert habe!

- Beachten Sie, dass Sie, wenn Sie zum ersten Mal befugt werden, zunächst mit der Rolle „Arzt/Ärztin in Weiterbildung“ für das eLogbuch registriert werden. Mit Erhalt des Bescheids wird Ihre Rolle automatisch in „Weiterbildungsbefugte/r“ geändert. Sie müssen hierfür nichts umstellen.

(Bitte nachfolgende Punkte 3.2 und 3.3 beachten)

3.2 Gemäß § 8 Abs. 1 WBO ist die Dokumentation Teil der Weiterbildung. Ich habe die Weiterzubildenden darüber informiert, dass die geforderten Weiterbildungsinhalte gemäß § 8 Abs. 1 WBO kontinuierlich im **elektronischen Logbuch** zu dokumentieren sind.

- JA

3.3 Mindestens einmal jährlich bestätige ich den Weiterbildungsstand der Weiterzubildenden im **elektronischen Logbuch**.

- JA

4.1 Welche Fortbildungsmöglichkeiten bestehen an Ihrer Weiterbildungsstätte für die Weiterzubildenden?

4.2 Erfolgt eine Freistellung der Weiterzubildenden für den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen?

- JA NEIN

E. ANGABEN ZUR PERSONELLEN BESETZUNG:

Gesamtzahl Ärztliches Personal: (der Abteilung, für die die Befugnis beantragt wird): _____, davon

Chefarzt/-ärzte: _____

Oberarzt/-ärzte _____ Name(n) der Oberärzte: _____

Fachärzte: _____

Assistenzarzt/-ärzte: _____

Ärzte in Weiterbildung im beantragten Fach: Vollzeit _____ Teilzeit _____

Konsiliarärzte für die Abteilung

NEIN

JA, mit Fachrichtung(en)

F. ALLGEMEINE STATISTISCHE ANGABEN DER ABTEILUNG:

Fallzahl pro Jahr _____

Jahresstatistik (ICD-10) des Vorjahres sowie Auszug aus dem aktuellen Qualitätsbericht der Abteilung zur Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung gem. GBA als gesonderte ANLAGE beifügen.

G. ANGABEN ZU DEN AN DER WB-STÄTTE VERMITTELBAREN KOMPETENZEN

Bitte gesondert im Erhebungsbogen ausfüllen!

Hiermit wird versichert, dass alle Angaben vollständig und korrekt sind

Sämtliche Korrespondenz zu meinem Antrag kann per E-Mail erfolgen.

Empfänger des Gebührenbescheides, falls dieser nicht Sie selbst sind:

Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Unterschrift /Stempel Antragstellende

Datum: _____

ANLAGE 1

ANGABEN ZUR INTENSIV-STATIONÄREN WEITERBILDUNG

Besteht die Möglichkeit einer Weiterbildung auf der Intensivstation?

JA NEIN

Handelt es sich um eine fachspezifische oder interdisziplinäre Intensivstation?

fachspezifisch interdisziplinär

Verfügt Ihre Abteilung _____ (bitte eintragen)
dort über eigene Betten?

JA, und zwar _____ Betten NEIN

Wem obliegt die Leitung der Intensivstation bzw. wer hat die Weisungsbefugnis (bitte angeben)?

Leitung ITM:

Weisungsbefugnis ITM:

ANLAGE 3

**ANGABEN ZU KOOPERATIONEN MIT ANDEREN EINRICHTUNGEN /
ABTEILUNGEN:** (z.B. Pathologie, Radiologie, Labor, Mikrobiologie, Praxen, MVZ und öffentliche
Einrichtungen)

Kooperationspartner:

Name(n) der anleitenden Person(en):

Kooperationsinhalt(e):

Bitte fügen Sie einen von allen Beteiligten gemeinsam
unterzeichneten Kooperationsvertrag als gesonderte **ANLAGE** bei.