

KRANKENHAUS

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

Diabetologie

- Innere Medizin und Allgemeinmedizin -

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 Innere Medizin / Allgemeinmedizin /
Innere und Allgemeinmedizin seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

Diabetologie 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 / Sind Sie für eine andere Qualifikation zur Weiterbildung befugt ?

Nein / Ja, bitte angeben:

Weiterbildungs-Bezeichnung: _____

Weiterbildungsstätte _____
seit _____ bis _____ / zeitlicher Umfang _____ Monate

C. ANGABEN ZUR EIGENEN KRANKENHAUSABTEILUNG / WEITERBILDUNGSSTÄTTE:**1. Einbindung der Abteilung in die Krankenhausstruktur
(selbständig / zugeordneter Funktionsbereich etc.)**

2. Kooperation mit anderen Einrichtungen:

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. Bitte Curricula zur strukturierten Schulung für alle angewandten Therapieformen entsprechend den aktuellen Leitlinien der DDG als **gesonderte ANLAGE** beifügen !

3. **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

4. **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	_____

Konsiliarische Zusammenarbeit mit folgenden Fachgruppen:

- Augenarzt
 Neurologe
 Nephrologe
 Kardiologe
 Radiologe / interventionelle Angiologie
 Gefäßchirurg
 Psychologe oder Psychotherapeut
 Diätassistentin¹
 Orthopädie-Schuhmacher
 Podologe
 Gynäkologe/Geburtshelfer

Diabetologe	_____	Teil- / Vollzeit
Diabetesberaterin (Standard nach DDG)	_____	Teil- / Vollzeit
Diabetesassistentin (Standard nach DDG)	_____	Teil- / Vollzeit

¹ Nicht jede WB-Stätte hat eine Diätassistentin vor Ort. Wenn eine Diabetesassistentin, die ebenfalls erforderlich ist, eine Weiterbildung aufbauend auf ihrer Ausbildung zur Diätassistentin absolviert hat, ist eine konsiliarische Zusammenarbeit nicht notwendig.

F. **ALLGEMEINE STATISTISCHE ANGABEN DER ABTEILUNG:****1. Fallzahl pro Jahr**

_____ Typ 1 Diabetiker

_____ Typ 2 Diabetiker

(Hauptdiagnose und/oder Schwerpunkt-Betreuung, z.B. Konsilardienst)

_____ neue schwangere Diabetikerinnen (Typ 1 und Typ 2)

_____ Pumpenpatienten

2. Strukturierte Schulungen pro Jahr

ICT-Schulungen bei _____ Patienten

Schulungen für nicht insulinpflichtige Patienten: _____

Bitte die Anzahl der behandelten Patienten z.B. durch Konsiliarscheine oder Leistungsnachweise als **gesonderte ANLAGE** dokumentieren !

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.

5.

6.

7.