



KRANKENHAUS / PRAXIS

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

**Diabetologie**

- Kinder- und Jugendmedizin -

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 / der Praxis:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Kassenarztnummer: \_\_\_\_\_

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

Kinder- und Jugendmedizin seit: \_\_\_\_\_

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

Diabetologie seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

niedergelassen in  Voll-  Teilzeittätigkeit als:

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin seit: \_\_\_\_\_

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

## I. KLINIKÄRZTE

### C. ANGABEN ZUR WEITERBILDUNGSSTÄTTE:

#### Berufliche Stellung in der Klinik:

Voll-  Teilzeittätigkeit als: \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

Dienststellung in der Abteilung: \_\_\_\_\_

Bitte Einzelheiten zum beruflichen Werdegang als **ANLAGE 3** beifügen !

Weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Ärzten?

Nein /  Ja

Vertragsärztliche Ermächtigung?

Nein /  Ja, welche

#### 1. Einbindung der Abteilung in die Krankenhausstruktur (selbständig / zugeordneter Funktionsbereich etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 2.1 Bettenführende Station/-en

\_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_

#### 2.2 Spezialabteilungen (z.B. Notaufnahme, Poliklinik, Ambulanz, Funktionsabteilung)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ANGABEN ZUR PERSONELLEN BESETZUNG:

<b>Gesamtzahl der Ärzte</b>	_____	davon beteiligt an der WB-Vermittlung	_____
<b>Oberärzte</b>	_____	davon mit Facharztanerkennung	_____
<b>Assistenzärzte</b>	_____	davon mit Facharztanerkennung	_____

**II. NIEDERGELASSENE ÄRZTE:****Praxisform**

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis  
Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_
- Praxisgemeinschaft  
Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)<sup>1</sup>  
Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_
- ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung  
z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft

**2. Räumliche Ausstattung**Größe der Praxis in m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Gesamtzahl der Räume: \_\_\_\_\_

davon: \_\_\_\_\_ Behandlungsräume  
 \_\_\_\_\_ Funktionsräume  
 \_\_\_\_\_ sonstige Räume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten  Ja /  Nein**Medizinisches Assistenzpersonal**

	Medizinische Fachangestellte	MTA / MTRA	Krankenschwestern	Sonstige (bitte nennen)
Vollzeit:				
Teilzeit:				

**III. KLINIKÄRZTE / NIEDERGELASSENE ÄRZTE****3. Apparative Ausstattung der Krankenhausabteilung/Praxis:**Bitte genaue Angaben zur apparativen Ausstattung als **ANLAGE 1** beifügen !**4. Leistungsspektrum der Abteilung / der Praxis**Spezielles Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres (Klinik) - aktuelle Einzelleistungs-Statistik der Honorarabrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (Praxis) als **gesonderte ANLAGE** beifügen.**5. Fachliche Schwerpunkte der Abteilung / Praxis**Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 2** beifügen !

<sup>1</sup> Bei einer Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum muss sichergestellt werden, dass der zur Weiterbildung befugte Arzt in jedem Fall weisungsbefugt gegenüber dem Weiterbildungsassistenten ist. Bitte fügen Sie diesem Antrag eine entsprechende Bestätigung als gesonderte **ANLAGE** bei.

- 6. 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/PRAxis:**

**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. Ist eine 2-wöchige Hospitation in einer diabetologischen Einrichtung für Erwachsene (Diabetes Typ 2 / Schwangerschaft) möglich?**  
 JA  NEIN

**5. Wie wird die Weiterbildung – unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 2 – dokumentiert ?**

in Form des Logbuches

in Form eines eigenen Dokumentationssystems

**E. Konsiliarische Zusammenarbeit mit folgenden Fachgruppen:**

- Augenarzt
- Psychologe oder Psychiater<sup>2</sup>
- Diätassistentin<sup>3</sup>

**Kinderarzt und Diabetologe** \_\_\_\_\_ Teil- / \_\_\_\_\_ Vollzeit

**Kinderkrankenschwester und Diabetesberaterin** (Standard nach DDG) \_\_\_\_\_ Teil- / \_\_\_\_\_ Vollzeit

**Diabetesberaterin** (Standard nach DDG) oder **Diätassistentin** oder **Ökotrophologin** \_\_\_\_\_ Teil- / \_\_\_\_\_ Vollzeit

**Psychologe oder Kinder- und Jugendpsychiater** \_\_\_\_\_ Teil- / \_\_\_\_\_ Vollzeit

**Sozialer Dienst** \_\_\_\_\_ Teil- / \_\_\_\_\_ Vollzeit

<sup>2</sup> Nicht jede Einrichtung hat einen Psychologen / Psychiater vor Ort

<sup>3</sup> Nicht jede WB-Stätte hat eine Diätassistentin vor Ort. Wenn eine Diabetesassistentin, die ebenfalls erforderlich ist (Umfang s. Kriterien), eine Weiterbildung aufbauend auf ihrer Ausbildung zur Diätassistentin absolviert hat, ist eine konsiliarische Zusammenarbeit nicht notwendig.

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

\_\_\_\_\_ Typ 1 Diabetiker  
(Hauptdiagnose und/oder Schwerpunkt-Betreuung, z.B. Konsilardienst)

\_\_\_\_\_ Pumpenpatienten

**2. Strukturierte Schulungen pro Jahr**

ICT-Schulungen bei \_\_\_\_\_ Patienten

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

Bitte Ausdruck des aktuellen Qualitätsberichtes der Klinik-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 / Praxis**

Methoden / Untersuchungsverfahren	Gerätetyp

Ist ein Raum vorhanden, der vorwiegend für die Schulung und Beratung genutzt wird und für Unterrichtszwecke eingerichtet ist?

- Ja       Nein

## **ANLAGE 2**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

## **ANLAGE 3**

### **Beruflicher Werdegang**

1. Ärztliche Ausbildung
  
2. AiP-Ausbildung
  
3. Fachärztliche Weiterbildung
  
4. Zusatzqualifizierungen
  
5. Ärztliche Tätigkeiten im Ausland
  
6. Forschung und Lehre  
(ggf. Liste der Publikationen beifügen)

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin