

KRANKENHAUS

**Erhebungsbogen zum Antrag**  
**auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis**

**Facharzt für „Innere Medizin und Angiologie“**  
**- bezogen auf den speziellen Abschnitt der Weiterbildung -**

---

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 seit: \_\_\_\_\_  
„Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie“ seit: \_\_\_\_\_

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

Schwerpunkt Angiologie 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 | _____ |

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**3. Besondere apparative Ausstattung der Abteilung**

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

**4. Leistungsspektrum der Abteilung**

Spezielles Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres als **ANLAGE 3** beifügen.

**5. Fachliche Schwerpunkte der Abteilung**

Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 4** beifügen !

**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:**

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 % \_\_\_\_\_

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:

### ANGABEN ZU DER ABTEILUNG:

Gehört zu der von Ihnen geleiteten Abteilung eine Intensivstation?

JA    NEIN

Falls nein, in wessen Zuständigkeit liegt diese Station?

Name des Leiters: \_\_\_\_\_



**ANLAGE 3****Leistungsspektrum der Klinikabteilung**

| <b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>                | <b>Leistungszahl pro Jahr</b> |
|--|-------------------------------|
| Invasive und nichtinvasive Funktionsuntersuchungen, davon    |                               |
| - Messungen des systolischen Blutdruckes peripherer Arterien |                               |
| - Oszillographien/Rheographien                               |                               |
| - Kapillaroskopien   |                               |
| - transcutane Sauerstoffdruckmessungen                       |                               |
| - Venenverschlussplethysmographien                           |                               |
| - Phlebodynamometrien  |                               |
| - rheologische Untersuchungsmethoden                         |                               |
| - ergometrische Verfahren zur Gehstreckenbestimmung          |                               |
| Doppler-/Duplex-Untersuchungen, davon an den                 |                               |
| - Extremitäten versorgenden Arterien                         |                               |
| - Extremitäten versorgenden Venen                            |                               |
| - abdominalen und retroperitonealen Gefäßen                  |                               |
| - extracraniellen hirnzuführenden Gefäßen                    |                               |
| - intrakraniellen Gefäßen                                    |                               |
| Sklerosierung oberflächlicher Varizen                        |                               |

---

Unterschrift/Stempel  
des/der Antragstellers/-stellerin

## **ANLAGE 4**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.



Gemäß §24 der Röntgenverordnung (RöV) benötigt jeder approbierte Arzt für das Stellen der rechtfertigenden Indikation, die technische Durchführung sowie die Befundung von Röntgenuntersuchungen und Interventionen einen Nachweis seiner Fachkunde im Strahlenschutz.

In welchen Anwendungsbereichen wenden Sie eigenständig Röntgenstrahlen am Menschen an?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Welche Fachkunden wurden Ihnen bescheinigt?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Fügen Sie dem Antrag bitte beglaubigte Kopien Ihrer Fachkunden bei, sofern diese nicht von der Ärztekammer Hamburg ausgestellt wurden.

Hamburg,

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel