

KRANKENHAUS

**Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis**

**Facharzt für „Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“
- 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 Endokrinologie
und Diabetologie“ seit: _____

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

Schwerpunkt Endokrinologie 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 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

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 sowie zum endokrinologischen Labor 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 _____

Ernährungsberater _____

Diabetes-Assistenten _____

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:

1. eine Intensivstation?

JA NEIN

Falls nein, in wessen Zuständigkeit liegt diese Station?

Name des Leiters: _____

2. ein endokrinologisches Labor?

JA NEIN

Falls nein, in wessen Zuständigkeit liegt dieses Labor?

Name des Leiters: _____

ANLAGE 3**Leistungsspektrum der Klinikabteilung**

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Leistungszahl pro Jahr
Ultraschalluntersuchungen, davon	
- Duplex-Sonographien an endokrinen Organen	
- Feinnadelpunktionen	
endokrinologische Labordiagnostik	
Osteodensitometrie	
Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der besonderen Stimulations- oder Suppressionsteste bei endokrinologischen Erkrankungen:	
- des endokrinen Pankreas	
- der Hypophyse	
- des Hypothalamus	
- der Schilddrüse	
- der Nebennieren	
- der Gonaden	

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.