



**ÄRZTEKAMMER HAMBURG**  
Weidestraße 122 B (Alstercity)  
22083 Hamburg  
Tel.: 20 22 99 – 264 / 265

**KRANKENHAUS**

**Erhebungsbogen zum Antrag  
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis**

**Geriatric**

---

**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.: \_\_\_\_\_

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

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

Geriatric

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 für eine andere Qualifikation zur Weiterbildung befugt ?

Nein /  Ja, bitte angeben:

WB-Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_ in der Zeit 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 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:**

<b>Gesamtzahl der Ärzte</b>	_____	davon beteiligt an der WB-Vermittlung	_____
<b>Oberärzte</b>	_____	davon mit Facharztanerkennung	_____
<b>Assistenzärzte</b>	_____	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 2****Leistungsspektrum der Klinikabteilung**

<b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>	<b>Leistungszahl pro Jahr</b>
Therapiemaßnahmen geriatrischer Syndrome, einschl. Indikationsstellung sowie ggf. Durchführung interventioneller Therapieformen, davon bei <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gebrechlichkeit</li> <li>- lokomotorischen Problemen und Stürzen</li> <li>- verzögerter Remobilität/Immobilität</li> <li>- metabolischer Instabilität einschl. Delir</li> <li>- Inkontinenz</li> <li>- Dekubitus</li> <li>- kognitiv-neuropsychologischen Störungen einschl. Depression und Demenz</li> </ul>	
strukturierte (Akut-)Diagnostik einschl. geriatrische Assessments, davon bei <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sturzkrankheit</li> <li>- Hemiplegiesyndrom</li> <li>- Hirnleistungsstörung einschl. Differentialdiagnostik Delir, Depression und Demenz</li> <li>- Inkontinenz</li> <li>- protrahierter Remobilisation</li> <li>- Tumorerkrankungen und nicht malignen Begleiterkrankungen</li> <li>- geriatypischen Syndromen und/oder chronischen Schmerzen</li> <li>- Risikostratifizierung</li> </ul>	
Maßnahmen bei Schmerzsymptomatik, insbesondere bei Patienten mit fortgeschrittener kognitiver Störung	
Durchführung geriatrischer Assessments einschl. Testung der Hirnleistungsfähigkeit, Untersuchung des Verhaltens und der emotionalen Befindlichkeit mit Hilfe von Schätzskalen	
Beurteilung zu Fragen der Pflegeversicherung bzw. des Betreuungsgesetzes	
Beratung bezüglich sozialmedizinischer, pflege- und betreuungsrechtlicher Fragestellung sowie besonderer Aspekte der Heil- und Hilfsmittelverordnung	
Durchführung geriatrischer Konsile einschl. Festlegung eines vorläufigen Therapieziels	

---

Unterschrift/Stempel  
des/der Antragstellers/-stellerin

## **ANLAGE 3**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.