

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:

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 2**Leistungsspektrum der Klinikabteilung**

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Leistungszahl pro Jahr
Therapiemaßnahmen geriatrischer Syndrome, einschl. Indikationsstellung sowie ggf. Durchführung interventioneller Therapieformen, davon bei <ul style="list-style-type: none"> - Gebrechlichkeit - lokomotorischen Problemen und Stürzen - verzögerter Remobilität/Immobilität - metabolischer Instabilität einschl. Delir - Inkontinenz - Dekubitus - kognitiv-neuropsychologischen Störungen einschl. Depression und Demenz 	
strukturierte (Akut-)Diagnostik einschl. geriatrische Assessments, davon bei <ul style="list-style-type: none"> - Sturzkrankheit - Hemiplegiesyndrom - Hirnleistungsstörung einschl. Differentialdiagnostik Delir, Depression und Demenz - Inkontinenz - protrahierter Remobilisation - Tumorerkrankungen und nicht malignen Begleiterkrankungen - geriatypischen Syndromen und/oder chronischen Schmerzen - Risikostratifizierung 	
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.