

KRANKENHAUS

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

**Pathologie**

---

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 Pathologie / Neuropathologie  
seit: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

\_\_\_\_\_ 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 / sind Sie bereits in einem Gebiet / Schwerpunkt etc. zur Weiterbildung befugt ?

Nein /  Ja, bitte angeben:

Weiterbildungs-Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

zeitlicher Umfang \_\_\_\_\_ Monate

C. **ANGABEN ZUR EIGENEN KRANKENHAUSABTEILUNG / WEITERBILDUNGSSTÄTTE:**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.1 **Kooperation mit anderen Einrichtungen:**

\_\_\_\_\_

2.2

Untersuchungsmaterial aus den Fachgebieten	Anzahl
Chirurgie (Visceral- u. Thoraxchirurgie)	
Innere Medizin	
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/MKG	
Urologie	

**3. Besondere apparative Ausstattung der Abteilung**Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 1** beifügen !**4. Fachliche Schwerpunkte der Abteilung**Bitte Angaben hierzu als **ANLAGE 2** beifügen !**5. Zugang zu Fachinformationen**Bibliothek mit gängiger Fachliteratur  Ja  NeinNutzung von Datennetzen  Ja  NeinRegelmäßige 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 \_\_\_\_\_

**Spezielles Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres**

Bitte Ausdruck des aktuellen Qualitätsberichtes der Abteilung als **gesonderte ANLAGE** beifügen !

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin



## **ANLAGE 2**

Name und Stempel der/des  
Antragstellerin/-stellers:

### **Angaben zu den Labormethoden der Weiterbildungseinrichtung**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.