

**KRANKENHAUS**

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

**Phlebologie**

---

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:

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

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

Phlebologie 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_

**2.2 Intensivabteilung**  Nein /  Ja

Bettenzahl \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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  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 % \_\_\_\_\_

**Spezielles Leistungsspektrum / Jahresstatistik des Vorjahres  
(bei operativen Fächern OP-Statistik)**

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:

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

1. Art der durchgeführten Operationen

---

---

---

2. Vorliegen einer KV-Ermächtigung zur Ausführung von Leistungen in der Doppler-  
Sonographie der peripheren Arterien und Venen

---

---

---

3. Angabe der konservativen Methoden

---

---

---

4.

5.

6.

7.