

KRANKENHAUS

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

Radiologie

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 Radiologische Diagnostik /
Diagnostische Radiologie / Radiologie 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 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 _____

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 1a** und **1b** 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:

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 % _____

**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 1

Name und Stempel der/des
Antragstellerin/-stellers:

Besondere apparative Ausstattung der Abteilung

Methoden / Untersuchungsverfahren	Gerätetyp
1. KONVENTIONELLE RADIOLOGIE	
• <i>Skelettradiologie</i>	
• <i>Gastrointestinaltrakt</i>	
• <i>Nieren- und Harnwege</i>	
• <i>Gefäßdarstellung (Phlebographien, Lymphographien)</i>	
• <i>Arthrographien, natürliche und fehlerhafte Gangsysteme</i>	
2. DIAGNOSTISCHE ANGIOGRAPHIEN	
3. INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE	
4. MAMMOGRAPHIE	
5. SONOGRAPHIE	
6. CT	
7. SPIRAL-CT	
8. MRT	

ANLAGE 2

Name und Stempel der/des
Antragstellerin/-stellers:

Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten der Abteilung

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

ANLAGE 3

Methoden / Untersuchungsverfahren auf der Grundlage der Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 21.02.2005 i.d.F. vom 24.10.2011	Umfang der zu erteilenden Weiterbildungsbefugnisse für die WB-Stätte					Bitte vermittelbare Module nebst Untersuchungszah- len angeben
	1 J.	2 J.	3 J.	4 J.	5 J.	
1. Konventionelle Radiologie einschl. CT a) Skelett einschl. Schädel und Wirbelsäule b) Thorax / Thoraxorgane c) Abdomen / Abdominalorgane und Urogenitaltrakt	X ohne CT: 50% der Richtzahlen CT-Praxen: 50% der Richtzahlen je Organsystem/Region MR-Praxen: 100% der Richtzahlen	X Praxen mit CT und MR plus 2 Module	X plus 3 Module	X plus 4 Module, davon	X	
2. Gefäße (alle Verfahren)	X Gefäßzentrum	oder	oder	oder	X	
3. Mamma (alle Verfahren)	X Mammazentrum	oder	oder	oder	X	
4. Sonographie	X Mammazentrum	oder	oder	oder	X	
5. Magnetresonanztomographie		oder	oder	oder	X	
6. Interventionelle minimal- invasive radiologische Verfahren sowie Punktion von Flüssigkeitsansammlungen	X Gefäßzentrum	oder	oder	X oder Modul 7	X	
7. Notfallbehandlung / Bereitschaftsdienst		oder	oder	X oder Modul 6	X	

Hamburg, den

Unterschrift, Stempel