

PRAXIS

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: _____

Praxisanschrift: _____ Tel.: _____

Kassenarztnummer: _____

Privatanschrift: _____

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für: Radiologische Diagnostik /
Diagnostische Radiologie / Radiologie seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

_____ seit: _____

_____ seit: _____

_____ seit: _____

niedergelassen in Voll- Teilzeittätigkeit als:

Facharzt / Fachärztin für Radiologische Diagnostik / Diagnostische Radiologie
/ Radiologie seit: _____

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 PRAXIS:

1. Praxisform

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis

Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____

Praxisgemeinschaft

Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)¹

Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____

ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung

z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft

2. Räumliche Ausstattung

Größe der Praxis in m²: _____

Gesamtzahl der Räume: _____

davon: _____ Behandlungsräume

_____ Funktionsräume

_____ sonstige Räume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten Ja / Nein

3. Apparative Ausstattung der Praxis:

Bitte genaue Angaben zur apparativen Ausstattung als **ANLAGEN 1a** und **1b** beifügen !

4. Personelle Ausstattung (Bitte Anzahl angeben)

a) Ärztinnen / Ärzte davon Fachärzte

davon
Vollzeit / Teilzeit

davon
Vollzeit / Teilzeit

_____/_____

_____/_____

b) Medizinisches Assistenzpersonal

| | Med. Fachangestellte | MTA / MTRA | Kranken- schwestern | Sonstige |
|------------------|-------------------------|---------------|------------------------|----------|
| Vollzeit: | | | | |
| Teilzeit: | | | | |

¹ Bei einer Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum muss sichergestellt werden, dass der zur Weiterbildung befugte Arzt in jedem Fall weisungsbefugt gegenüber dem Weiterbildungsassistenten ist. Bitte fügen Sie diesem Antrag eine entsprechende Bestätigung als gesonderte **ANLAGE** bei.

5. Umfang der Patientenversorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal:

DER EINZELPRAXIS

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

davon entf. a. d. Antragsteller/ stellerin

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis

Bitte fügen Sie eine aktuelle **Einzelleistungs-Statistik** der **Honorarabrechnung** der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bei !

7. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin

Bitte auf **ANLAGE 2** vermerken.

8. Möglichkeiten zur Fachinformation

Bitte auf **ANLAGE 3** vermerken.

D. PERSÖNLICHE UND FACHLICHE EIGNUNG:**9. Lehrtätigkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten 5 Jahren** Ja * Nein

Bitte als gesonderte **ANLAGE** beifügen.

10. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre:

Bitte **Punktekontoauszug der Fortbildungsakademie** als gesonderte **ANLAGE** beifügen.

11. Teilnahme an Qualitätszirkeln: Nein Ja (welche:)

12. Beruflicher Werdegang

Bitte als **ANLAGE 4** beifügen.

13. Strukturierter Weiterbildungsplan

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

14. Wie wird die Weiterbildung – unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 2 - dokumentiert ?

- in Form des Logbuches
 in Form eines eigenen Dokumentationssystems

E. BELEGARZTTÄTIGKEIT / KONSILIARTÄTIGKEIT / HEIMARZTTÄTIGKEIT:

Nein

Ja

Name des Krankenhauses / des Heimes:

Bettenzahl

Behandlungsfälle pro Jahr

Zeitlicher Umfang der beleg-/konsiliarärztlichen Tätigkeit

(Bitte Prozentsatz der Gesamtarbeitszeit angeben)

ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFSGENOSSENSCHAFT:

Nein

Ja

Hamburg, _____

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 1**Apparative Ausstattung der Praxis**

| 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 | |

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 2

Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten des/der Antragstellers/-stellerin

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 3**Möglichkeiten zur Fachinformation**1) Angaben zur Bibliothek:

Ihre Angaben beziehen sich auf

 Online-Medien vor Ort einsehbare Medien

Fachzeitschriften des Gebietes, und zwar

International anerkannte Fachzeitschrift: _____

Fachbücher des Gebietes, und zwar

2) Zugang zu Datennetzen: Ja Nein

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 4

Beruflicher Werdegang

1. Ärztliche Ausbildung

2. AiP-Ausbildung

3. Fachärztliche Weiterbildung

4. Zusatzqualifizierungen

5. Ärztliche Tätigkeiten im Ausland

6. Forschung und Lehre
(ggf. Liste der Publikationen beifügen)

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 5

| 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