



ÄRZTEKAMMER HAMBURG
Weidestraße 122 B (Alstercity)
22083 Hamburg
Tel.: 20 22 99 - 264 / - 265

KRANKENHAUS

**Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis für die
Zusatz-Weiterbildung**

Röntgendiagnostik - fachgebunden

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: _____

Röntgendiagnostik - fachgebunden 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

Sind / Waren Sie bereits für eine andere Qualifikation zur Weiterbildung befugt?

Nein / Ja, bitte angeben:

WB-Bezeichnung: _____

Weiterbildungsstätte _____

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 _____
_____	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:

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 (Entsprechendes bitte angeben)	Gerätetyp	Untersuchungen pro Jahr
Röntgendiagnostik Skelett: gebietsbezogene Projektionsradiographie des Skeletts		
Röntgendiagnostik Thorax: Projektionsradiographie des Thorax		
Röntgendiagnostik Verdauungstrakt und Gallenwege: Projektionsradiographie des Verdauungstraktes und der Gallenwege		
Röntgendiagnostik Harntrakt: Projektionsradiographie des Harntraktes		
Röntgendiagnostik der Mamma: Projektionsradiographie der Mamma		

ANLAGE 2

Name und Stempel der/des
Antragstellerin/-stellers:

Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten der Abteilung

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.