



# ANTRAG AUF ERTEILUNG EINER WEITERBILDUNGSBEFUGNIS

## Stationärer Bereich

(Im nachstehenden Text wird die Berufsbezeichnung „Arzt“/„Ärzte“ einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet)

**Die ersten zwei Seiten sind von jedem Antragsteller einzeln auszufüllen und einzureichen**

ID: \_\_\_\_\_  
(wird von der Ärztekammer ausgefüllt)

- Facharztkompetenz       Schwerpunktkompetenz       Zusatz-Weiterbildung

(entsprechende Bezeichnung eintragen)

für den Umfang von  Monaten.

### Angaben zur Person des Antragstellers:

Name, Vorname, Titel:

Geburtsdatum:       Geburtsort:

Tel. dienstlich:       E-Mail:

Haupttätigkeit:  Std./Woche\*:  seit:

Weitere ärztl. Tätigkeiten (mit Stundenangabe): (z. B. weitere Chefarzt Tätigkeiten, Niederlassung, Forschung, etc.)

  

\* Sofern Sie in Teilzeit tätig sind, ist zu erläutern, wie eine ganztägige Weiterbildung unter Anleitung in der entsprechenden Weiterbildungsstätte gewährleistet wird, ggf. kumulativ mit Befugnispartner.

### Die Befugnis zur Weiterbildung beantrage/n ich/wir

- allein** (Einzelbefugnis)  
 **gemeinsam** mit folgenden Ärzten (Team-/Verbundbefugnis):

  
  

Ansprechpartner (nur bei Team-/Verbundbefugnissen):

**für folgende Weiterbildungsstätte/n:** (Name, Anschrift)

(Bei einer Verbundweiterbildung mit mehreren Stätten sind alle Adressen einzutragen.)

**Angaben des Trägers**

Träger der Einrichtung:

Name Ansprechpartner:

Telefonnummer:  E-Mail:

Homepage:

- Hiermit bestätigen wir, dass der antragstellende Arzt in Weiterbildungsangelegenheiten weisungsungebunden ist.
  
- Uns ist bekannt, dass der befugte Arzt im Rahmen der Weiterbildung Zeugniserstellungsrecht hat.

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers

Namen der Antragsteller:

## ANGABEN ZUR KLINIK/EINRICHTUNG

Ist die Einrichtung im Krankenhausplan Schleswig-Holstein aufgenommen?  ja  nein

### Art der Einrichtung

- Allgemeinkrankenhaus der  Grund- und Regelversorgung
- Schwerpunktversorgung
- Maximalversorgung (Seite 3&4 des Antragsformular müssen nicht weiter ausgefüllt werden)
- Fachklinik/-krankenhaus
- Klinik für AHB/Rehabilitation
- Privatklinik
- Sonstige Einrichtung

  

### Struktur der Einrichtung

Bettenanzahl/Fallzahl des gesamten Krankenhauses

Anzahl der Fachabteilungen , davon  Hauptabteilungen und  Belegabteilungen

Welche verschiedenen **Abteilungen** bestehen in Ihrer Klinik/Einrichtung?

Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung:	<input type="text"/>

### Spezialabteilungen (u. a. Intensivstation/Notfallaufnahme)

Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung:	<input type="text"/>

Namen der Antragsteller:

**Ausstattung der Weiterbildungsstätte**

**Anzahl der Räumlichkeiten**

OP-Säle	<input type="text"/>	fachspezifische Eingriffsräume	<input type="text"/>
Kreiß-Säle	<input type="text"/>	Besprechungs- und Fortbildungsräume	<input type="text"/>
Sonstige:	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

**Funktionsabteilungen**

Radiologie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonographie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Labor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	EKG/Ergometrie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Endoskopie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein			
Sonstige:	<input type="text"/>				

**Finden regelmäßig interne Fortbildungsveranstaltungen statt?**

Ja. Wie häufig?   Nein

**Finden regelmäßig Fallbesprechungen statt?**

Ja. Wie häufig?   Nein

**Finden regelmäßig Besprechungen von Ergebnissen bildgebender Verfahren statt?**

Radiologie	<input type="checkbox"/> Ja. Wie häufig?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein
Sonographie	<input type="checkbox"/> Ja. Wie häufig?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein
		wie häufig?	<input type="text"/>
		wie häufig?	<input type="text"/>

**Internetzugang**

Steht eine den medizinischen Erfordernissen entsprechenden Zugriff auf Literaturdatenbanken zur Verfügung?

ja  nein

Ist für die Dokumentation im elektronischen Logbuch ein Internetzugang vorhanden?

ja  nein

Namen der Antragsteller:

## ANGABEN ZUR ABTEILUNG

Bitte angeben, in welcher Abteilung die Weiterbildung stattfindet und sich die nachfolgenden Angaben beziehen.

### Die o.g. Abteilung wird ärztlich geleitet von:

Frau/Herr

Geburtsdatum:   
Geburtsdatum:

Durchschnittliche Verweildauer  (Tage)

Belegung im Berichtsjahr  %

Bettenanzahl der Abteilung

### Angaben zur Versorgung der Patienten

#### Stationäre Versorgung im Vorjahr - behandelte Patienten insgesamt

Facharztkompetenz  Schwerpunktkompetenz  Zusatz-Weiterbildung  
    
Anzahl Anzahl Anzahl

#### Ambulante Versorgung im Vorjahr - behandelte Patienten insgesamt

Facharztkompetenz  Schwerpunktkompetenz  Zusatz-Weiterbildung  
    
Anzahl Anzahl Anzahl

### Ärztliches Personal: (in der Abteilung für die die Befugnis beantragt wird)

Gesamt: , davon  
Chefarzt(ärzte):   
Oberarzt(ärzte)/Fachärzte:  Name/n der Oberärzte:   
Assistenzarzt(ärzte):   
Ärzte in Weiterbildung im beantragten Fach: Vollzeit:  Teilzeit:

### Assistenzpersonal

Krankenschwester/Pfleger

### Konsiliartätigkeit

Wird in Ihrer Abteilung regelmäßig durch Dritte Konsiliartätigkeit ausgeübt?  Ja  Nein  
Betreuen Sie andere Abteilungen oder Einrichtungen regelmäßig konsiliarisch?  Ja  Nein

Namen der Antragsteller:

### Kooperationen mit anderen Einrichtungen/Abteilungen

(z.B. Pathologie, Radiologie, Labor, Mikrobiologie, Praxen, MVZ und öffentliche Einrichtungen)

### Qualitätssicherungsmaßnahmen / Zertifizierungen

Werden interdisziplinäre Konferenzen (z.B. Tumorkonferenzen) durchgeführt?  ja  nein

Hiermit bestätigen wir, dass die o. g. Angaben vollständig und korrekt sind.

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/eines Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers

\*

\*Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie zudem, dass die einschlägigen Arbeitsgesetze (z.B. Arbeitszeitgesetz), Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen eingehalten werden.

### Dem Antrag sind zudem folgende Anlagen beizufügen:

- Anlage 1 Einzelheiten des beruflichen Werdegangs (Lebenslauf) von jedem Antragsteller
- Anlage 2 ausgefüllter Leistungsnachweis (Inhaltebogen), wenn gefordert mit Leistungsstatistik/OPS  
(Sofern ein voller Befugnisumfang angestrebt wird, muss gewährleistet werden, dass alle Weiterbildungsinhalte in ausreichender Anzahl vermittelt werden können, ggf. durch Hospitationen. Sofern eine Rotation oder Hospitation ermöglicht wird, sind entsprechende Vereinbarungen einzureichen und der Weiterbildungsplan zu ergänzen.)
- Anlage 3 Diagnosestatistik mit Anzahl (über die häufigsten 20 Diagnosen für den im Leistungsnachweis angegebenen Berichtszeitraum)
- Anlage 4 Weiterbildungsplan („Curriculum“, s. beigefügtes Merkblatt)  
(Das Curriculum ist ein zeitlich und inhaltlich gegliedertes Programm für die Weiterbildung, in welchem Sie die Weiterbildung inhaltlich und zeitlich gliedern und somit ein Lernkonzept erkennbar wird.)