



# ANTRAG AUF ERTEILUNG

## der Zulassung als Weiterbildungsstätte

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

Basis-  
weiterbildung

Facharzt-  
kompetenz

Schwerpunkt-  
kompetenz

(entsprechende Bezeichnung eintragen)

Abteilung:

Name des/der befugten Ärztin/Arztes:

### Antragsteller

Name/Krankenhaus/Rechtsform:

Anschrift:

Träger/-in (sofern von Antragsteller abweichend):

### Art der Einrichtung

Krankenhaus

Institut

Kurklinik

Privatkrankenhaus  
(§ 30 Gewerbeordnung)

Sontige Einrichtung  
(bitte genaue Beschreibung/Anlage)

Ist die Einrichtung im Krankenhausplan Schleswig-Holstein aufgenommen?

ja

nein

Gesamtbetten Krankenhaus/Klinik:

Betten

Abteilungsbetten der zur Zulassung beantragten WB-Stätte:

Betten

**Anzahl des in o.a. Abteilung tätigen Personals:**

**Ärztliches Personal**

Gesamt: , davon:

Chefarzt(ärzte):  hauptamtlich:  Teilzeit:  Stellenplan:

nebenberuflich:  Teilzeit:

Oberarzt(ärzte):  hauptamtlich:  Teilzeit:  Stellenplan:

nebenberuflich:  Teilzeit:

Assistenzarzt(ärzte):  hauptamtlich:  Teilzeit:  Stellenplan:

nebenberuflich:  Teilzeit:

**Assistenzpersonal**

Krankenschwester/Pfleger

Orthoptisten

Schwesternhelferinnen

Phoniater

**Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte**

Ergotherapeuten

MTEFA

Sozialpädagogen

MTLA

Dipl.-Psychologen

MTRA

Hebammen

Heilpädagogen

Physiotherapeuten

Psychagogen

Logopäden

Erzieher

sonst. Assistenzpersonal:

**Die o.a. Abteilung wird ärztlich weisungsgebunden mit Zeugniserstellungsrecht geleitet von:**

Frau/Herr	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>

**Durchschnittliche Anzahl der behandelten Patienten pro Jahr im**

Gebiet

Anzahl

Facharztkompetenz

Anzahl

Schwerpunkt

Anzahl

**Anzahl der Räumlichkeiten**

septische OP-Säle

aseptische OP-Säle

Kreiß-Säle

Fortbildungsräume

Besprechungsräume

Sonstige:

**Funktionsabteilungen**

Röntgen

ja

nein

Sonographie

ja

nein

Labor

ja

nein

EKG/Ergometrie

ja

nein

Endoskopie

ja

nein

Sonstige:

**Welche Fachabteilungen bestehen an der Einrichtung?** (Bitte als Anlage beifügen)

**Konsilliartätigkeit**

In welchen anderen Abteilungen ist eine fachgebundene Konsilliartätigkeit gegeben?

In welchen anderen Fachgebieten ist eine regelmäßige konsiliarische Tätigkeit innerhalb der eigenen Abteilung gewährleistet?

**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 wie häufig?

Sonographie wie häufig?

wie häufig?

wie häufig?

**Bibliothek**

Zahl der Bände

Spezialgebiete

Zeitschriften

Zahl der Internearbeitsplätze

**Pathologie**

eigene Pathologie  ja welcher Leiter?

nein welches Institut?

eigener Sektionsraum  ja  nein

Zahl der jährlichen Obduktionen:

Zahl der jährlichen histologischen Untersuchungen:

eigene Zytologie vorhanden?  Ja  nein

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Krankenhausverwaltung