





--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer, wenn bekannt

2. Angaben zur Tätigkeit (Fortsetzung)**Weitere Chefarztstätigkeit**Sind Sie im Rahmen Ihrer Leitungsfunktion für verschiedene Klinik-Standorte verantwortlich: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn "Ja", bitte Standorte und die jeweilige durchschnittliche Präsenzzeit angeben:

1.								Std./Woche
2.								Std./Woche
3.								Std./Woche

3. Angaben zur Weiterbildungseinrichtung**Art und Struktur des Krankenhauses (Betriebsstätte)**Allgemeinkrankenhaus lt. Krankenhausplan der ☐ Grundversorgung ☐ Schwerpunktversorgung ☐ Regelversorgung ☐ Maximalversorgung

- ☐ Fachklinik/-krankenhaus/-Schwerpunkt: _____
- ☐ Klinik für AHB/Rehabilitation/Schwerpunkt: _____
- ☐ Anstaltskrankenhaus/Schwerpunkt: _____
- ☐ Privatklinik/Schwerpunkt: _____
- ☐ Tagesklinik für: _____

Anzahl der Fachabteilungen			Betten der Betriebsstätte gesamt:				
- davon Hauptabteilungen:			- davon Intensivpflegebetten gesamt:				
- davon Belegabteilungen:							

Institute und zentrale Einrichtungen der Betriebsstätte

- ☐ Anästhesiologie ☐ Laboratoriumsmedizin ☐ Nuklearmedizin (Diagnostik) ☐ Pathologie
- ☐ Pharmakologie ☐ Radiologie (Diagnostik) ☐ Transfusionsmedizin

☐ Interdisziplinäre Intensivstation: _____ _____ Betten

☐ Interdisziplinäre Aufnahme: _____

Name des Leiters

Personelle Besetzung der von mir geleiteten Klinik / Fachabteilung / Belegabteilung

Planstellen der von mir geleiteten Abteilung:

Gesamt		Chefarzt / Ltd. Arzt		Oberärzte/innen		Ass.-Ärzte/innen	
Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist

Wie viele Ärzte/Innen sollen bzw. werden aktuell in der beantragten Basis-WB / FA- / SP-Kompetenz / Zusatz-Weiterbildung weitergebildet?

Basis-Weiterbildung		FA-Kompetenz		SP-Kompetenz		Zusatz-Weiterbildung	
Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist

namentliche Nennung Ihres qualifizierten
Vertreters (mit entsprechender Anerkennung)
für die:

FA-Kompetenz: _____

SP-Kompetenz: _____

Zusatz-Weiterbildung: _____

Stehen für das ärztliche Personal Kinderbetreuungsplätze zur Verfügung? ☐ Ja ☐ Nein



--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer, wenn bekannt

3. Angaben zur Weiterbildungseinrichtung (Fortsetzung)**Betten der von mir geleiteten Klinik / Fachabteilung / Belegabteilung**

Betten insgesamt:

--	--	--

Werden mehrere Befugnisse beantragt, bitten wir um Angabe, wie viele Betten der jeweils beantragten Weiterbildung zuzurechnen sind:

FA-Kompetenz:

--	--	--

 BettenSP-Kompetenz:

--	--	--

 BettenZusatz-Weiterbildung:

--	--	--

 Betten

Besonderes Bettenangebot unter meiner Leitung:

AIDS Behandlung:

--	--

 Dialyseplätze im chronischen Progr.:

--	--

 fachspezifische Intensivereinheit:

--	--

 Frühgeborene:

--	--

Infektionsbetten:

--	--

 Kinderintensivereinheit:

--	--

 Onkologie:

--	--

 Palliativmedizin:

--	--

Schädel-Hirnverletzte:

--	--

 Schmerztherapie:

--	--

 Stroke Unit (Schlaganfallbehandlung):

--	--

 Schwerstbrandverletzte:

--	--

Tagesklinik für

z. B. für Haut- u. Geschlechtskrankheiten, Gerontopsychiatrie, Allgemeine Psychiatrie etc.

--	--

 Betten

Tagesklinik für

z. B. für Haut- u. Geschlechtskrankheiten, Gerontopsychiatrie, Allgemeine Psychiatrie etc.

--	--

 BettenVerfügbare Betten
auf der interdisziplinären
Intensivereinheit:

--	--

Ausstattung der Weiterbildungsstätte**Räumliche und apparative Ausstattung:**

Liegt der ÄKWL bereits eine den aktuellen Weiterbildungsgegebenheiten entsprechende stichwortartige Darstellung der räumlichen sowie medizinisch-technischen Einrichtungen der von Ihnen geleiteten Weiterbildungsstätte (Klinik / Fachabteilung / Belegabteilung) vor?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Nein“, bitten wir um entsprechende Vorlage!

Bibliothek / Literatur:

Steht eine den medizinischen Erfordernissen entsprechende Bibliothek vor Ort zur Verfügung?

☐ Ja ☐ Nein

Wird dem Weiterzubildenden ein Zugang zum Internet, inkl. Zugriff auf Literaturdatenbanken ermöglicht?

☐ Ja ☐ Nein**4. Angaben zur Versorgung der Patienten****Stationäre Versorgung im Vorjahr****Allgemein:**behandelte Patienten insgesamt:

--	--	--	--	--

- davon direkte Notfallaufnahmen:

--	--	--	--	--

- davon direkte (kinder-)intensivpflichtige Patienten:

--	--	--	--	--

- davon Beatmungspatienten:

--	--	--	--	--

Beatmungstage:

--	--	--	--	--

behandelte Patienten in der beantragten:

- Facharztkompetenz:

--	--	--	--	--

- Schwerpunktkompetenz:

--	--	--	--	--

- Zusatz-Weiterbildung:

--	--	--	--	--

Nur bei besonderem Bettenangebot lt. Krankenhausplan auszufüllen:- davon infektiologisch erkrankte Patienten:

--	--	--	--	--

- davon Frühgeborene:

--	--	--	--	--

- davon onkologische Patienten:

--	--	--	--	--

- davon palliativmedizinisch betreute Patienten:

--	--	--	--	--

- davon Schädel-Hirnverletzte Patienten:

--	--	--	--	--

- davon nach Schlaganfall behandelte Patienten (Stroke Unit):

--	--	--	--	--

- davon schmerztherapeutisch behandelte Patienten:

--	--	--	--	--

- davon Schwerstbrandverletzte:

--	--	--	--	--

Ambulante Versorgung im Vorjahrbehandelte Patienten insgesamt:

--	--	--	--	--

behandelte Patienten in der beantragten:

- Facharztkompetenz:

--	--	--	--	--

- Schwerpunktkompetenz:

--	--	--	--	--

- Zusatz-Weiterbildung:

--	--	--	--	--

- davon in meiner Notfallaufnahme behandelte Patienten:

--	--	--	--	--

- davon in der interdisziplinären Aufnahme behandelte Patienten:

--	--	--	--	--





--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer, wenn bekannt

5. Weiteres

Belegabteilung

Ist für jede(n) jeweils in der Weiterbildung befindliche(n) Ärztin/Arzt eine ärztliche Planstelle vom Krankenhausträger eingerichtet / vorhanden?

☐ Ja ☐ Nein

Wird der Anstellungsvertrag jeweils zwischen der/dem in Weiterbildung befindlichen Assistenzärztin/arzt und dem Träger der Einrichtung geschlossen?

☐ Ja ☐ Nein

Bitte führen Sie im Rahmen des Weiterbildungskonzeptes aus, wie die Vermittlung einer ganztägigen Weiterbildung an der Weiterbildungsstätte sichergestellt wird.

Konsiliartätigkeit

Wird in Ihrer Abteilung regelmäßig durch Dritte Konsiliartätigkeit ausgeübt?

☐ Ja ☐ Nein

Betreuen Sie andere Abteilungen oder Einrichtungen regelmäßig konsiliarisch?

☐ Ja ☐ Nein

Weiterbildungsprogramm

Gem. § 5 Abs. 5 WO ist für die Weiterbildung zum Facharzt, in Schwerpunkten oder Zusatz-Weiterbildungen, für die die Befugnis beantragt wird, ein gegliedertes Programm beizufügen. Der zur Weiterbildung befugte Arzt muss dieses gegliederte Programm den unter seiner Verantwortung Weiterzubildenden aushändigen.

Liegt der ÄKWL bereits ein individuelles, derzeit noch gültiges und den aktuellen Weiterbildungsgegebenheiten Rechnung tragendes Weiterbildungsprogramm vor? Für die beantragte:

- Basis-Weiterbildung: ☐ Ja ☐ Nein

- Schwerpunktkompetenz: ☐ Ja ☐ Nein

- Facharztkompetenz: ☐ Ja ☐ Nein

- Zusatz-Weiterbildung: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn "Nein", bitten wir um entsprechende **Vorlage!**

Weiterbildung Allgemeinmedizin

Stehen Stellen zur Verfügung für Ärzte, die den FA für Allgemeinmedizin anstreben? ☐ Ja ☐ Nein

Es besteht eine Verbundweiterbildung in der Allgemeinmedizin und mit folgenden Abteilungen und Praxen:

Abteilungen

Praxisname

Bitte füllen Sie nun noch die Anlage/n zu der(n) von Ihnen beantragten Befugnis(sen) aus!

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der o. g. Daten wird bestätigt.

Ort

Datum

Unterschrift (Weiterbildungsleiter/in)

Zulassung als Weiterbildungsstätte

Sofern noch keine Zulassung besteht, oder eine bestehende Zulassung aktualisiert werden soll, wird darum gebeten, diesen Antrag Ihrer Verwaltung zur Unterzeichnung auf der nachfolgenden Seite vorzulegen.





--	--	--	--	--	--	--	--

Nummer der WB-Stätte (intern)

--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer, wenn bekannt

6. Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte (MVZ)

Adressdaten des Trägers

Telefon

Telefax

Homepage

Anschrift Träger der Weiterbildungsstätte

E-Mail

Angaben bei abweichendem Rechnungsempfänger:

Name des Rechnungsempfängers:

Anschrift Rechnungsempfänger

Hinweise

- Eine Beantragung ist **nur erforderlich, sofern aktuell keine gültige Zulassung** in der/n beantragten Bezeichnung/en vorliegt.
- Für die Bearbeitung des Antrages auf Erteilung einer Weiterbildungsstättenzulassung fällt entsprechend unserer Verwaltungsgebührenordnung vom 21.09.2019 in der am 09.09.2020 in Kraft getretenen Fassung **je beantragter Bezeichnung** eine Gebühr in der Höhe von **EUR 250,00** an. Der jeweilige Betrag wird mit Eingang Ihres Antrages fällig und ist Voraussetzung für die Antragsbearbeitung. Bitte überweisen Sie Verwaltungsgebühren erst nach Erhalt der Eingangsbestätigung, dem ein Überweisungsträger mit Buchungsnummer beigelegt ist.

Bestätigung der Antragsangaben / Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte

Hiermit bestätigen wir die von dem/der Weiterbildungsleiter/in im Rahmen dieses/er Antrages/Anträge auf Weiterbildungsbefugnis gemachten Angaben und beantragen unsererseits die Zulassung/en als Weiterbildungsstätte gemäß § 37 ff. Heilberufsgesetz NRW (HeilBerG) und § 6 ff. Weiterbildungsordnung für die Basis-Weiterbildung, Facharztkompetenz, Schwerpunktkompetenz und/oder Zusatz-Weiterbildung/en.

Ort

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers / Stempel

