**1. Formelle Angaben**

zur Vorlage gem. § 5 Abs. 5 Weiterbildungsordnung (WO) v. 09.04.2005 in der am 01.01.2019 in Kraft getretenen Fassung

Programm für die Weiterbildung in der Facharztkompetenz / Schwerpunktkompetenz / Zusatz-Bezeichnung:

|  |
| --- |
|  |

Zeitlicher Umfang der Weiterbildung in Monaten:

|  |
| --- |
|  |

Name und Anschrift der Weiterbildungsstätte:

|  |
| --- |
|  |

Weiterbildungsbefugte/r:

|  |
| --- |
|  |

Vertreter/in:

|  |
| --- |
|  |

an der Weiterbildung beteiligte Ober- und Fachärzte/Innen:

|  |
| --- |
|  |

---

**2. Thematisch und zeitlich gegliedertes Programm**

Welche Inhalte, werden wann, wo, durch wen und zu welchem Kompetenzgrad vermittelt:

| **Phase** | **Ziele / Beschreibung der WB-Inhalte** | **Kompetenzgrad** | **Vermittler** | **Ort** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1**  Dauer:Wochen / Monate | **Ziele:**   * **...** * **...**   **Inhalte:**   * **...** * **... Anzahl: ...** | **Direkte**  **Supervision** | **Dr. XYZ** | **Station A** |
| **2**  Dauer:Wochen / Monate |  | **Supervision**  **bei Bedarf** |  |  |
| **n**  Dauer:Wochen / Monate |  | **Selbständige Durchführung** |  |  |
| **Begleitend zu allen Weiterbildungs-phasen** | * *... Teilnahme an regelmäßigen Teambesprechungen ...* * *... Teilnahme an Qualitätszirkeln ...* * *... Besuch von Fortbildungsveranstaltungen ...* | **-** | **-** |  |
| **In Vorbereitung**  **auf die Prüfung** |  | **-** |  |  |

---

**3. Rotationen / Hospitationen**

Angaben zu Weiterbildungsverbünden und/oder –kooperationen

Kooperationspartner / Standorte:

|  |
| --- |
|  |

Beschreibung der Zusammenarbeit:

|  |
| --- |
|  |

Rotationsplan:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zeitpunkt** | **Ziele / Beschreibung der WB-Inhalte** | **Vermittler** | **Ort** |
| **Rotation 1**  Wann: in Phase n  Dauer:Wochen / Monate | **Ziele:**   * **...** * **...**   **Inhalte:**   * **...** * **... Anzahl: ...** | **Dr. ABC** | **Station B** |
| **Rotation n**  Wann: in Phase n  Dauer:Wochen / Monate |  | **Dr. DEF** | **Praxis C** |

---

4. Weiterbildungsdokumentation und -evaluation

Erläuterungen zu Art und Weise der Dokumentation und internen / externen Evaluation

Dokumentation der Weiterbildung gem. § 8 Abs. 1 WO:

|  |
| --- |
| *... Führen des Logbuchs / Weiterbildungsordners ...*  *... Leistungskataloge ...*  *... Gegenzeichnung der Weiterbildungsleiters ...* |

Durchführung von Weiterbildungsgesprächen gem. § 8 Abs. 2 WO:

|  |
| --- |
| *... Häufigkeit / Zeitpunkte ...*  *... Ablauf / Inhalte ...*  *... Nutzung eines Gesprächprotokolls / Evaluationsbögen ...* |

Teilnahme an Evaluations-/Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 5 Abs. 6 WO:

|  |
| --- |
| *... Interne / Externe Evaluationen ...*  *... Feedbacksystem ...*  *... CIRS / Qualitätsmanagement ...* |

---

**5. Vermittlung theoretischer Weiterbildungsinhalte (optional)**

im Bereich der Psychiatrie / Psychotherapie

| **Theoretischer WB-Inhalt** | **Grundorientierung** | **Vermittler** | **Ort** | **Wann** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Inhalt 1** | **tiefenpsychologisch /**  **verhaltenstherapeutisch / systemisch** | **Dr. ABC** | **Station B** |  |
| **Inhalt 2** |  |  |  |  |
| **Supervision und Vermittlung der**  **suchtmedizinischen Grundversorgung**  **einschließlich Substitutionstherapie bei**  **Opiatabhängigkeit** |  |  |  |  |

---

**6. Sonstige weiterbildungsrelevante Hinweise (optional)**

Interne Hinweise

Hinweise für Weiterbildungsassistenten, die eine andere Bezeichnung anstreben:

|  |
| --- |
| *...* |

Besonderheiten der medizinischen Einrichtung:

|  |
| --- |
| *... zusätzliche interne/externe Fortbildungsangebote ...*  *... spezielle Schwerpunkte ...*  *... Forschungsmöglichkeiten ...*  *... unterstützende Lehrmittel (z.B. OP-Simulatoren, telemedizinische Projekte, Zugriff auf Online-Bibliotheken) ...* |

---

**7. Hinweise zum Stellenantritt / Erläuterung zu Arbeitsabläufen (optional)**

Interne Einführungsleitfäden / Arbeitsanweisungen

Stellenantritt / Einführungsphase:

|  |
| --- |
| *... Praxis-/Stationsvorstellung / Kennenlernen der ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeiter ...*  *... EDV-Einarbeitung ...*  *... Mentorenprogramme ...* |

Arbeitsabläufe:

|  |
| --- |
| *... Notfall-/Bereitschaftsdienste ...*  *... administrative Begleitung / Berichtswesen ...*  *... Qualitätssicherungsmaßnahmen ...*  *... weitere praxis- oder klinikinterne Richtlinien ...* |

---

**8. Bestätigung**

Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass das vorliegende Programm den aktuellen Weiterbildungsgegebenheiten der Weiterbildungsstätte Rechnung trägt und gem. § 5 Abs. 5 WO allen unter meiner Verantwortung stehenden Weiterzubildenden ausgehändigt wurde.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erstelldatum / Version Unterschrift (Weiterbildungsbefugte/r)