

Erhebungsbogen

für die

Zulassung als Weiterbildungsstätte zur Weiterbildung in der Facharztbezeichnung
STRAHLENTHERAPIE

A. Weiterbildungsstätte (Bezeichnung, Adresse)

Bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich

- Nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus
- Einzelpraxis seit: _____ gegebenenfalls bis: _____
- Berufsausübungsgemeinschaft
mit _____ seit _____
mit _____ seit _____
- Apparategemeinschaft mit _____
Welche Geräte? _____
- Angestellt im MVZ Ärztliche Leitung des MVZ: _____
Im MVZ tätige Ärzte/Ärztinnen: _____
- _____
 Andere Organisationsform, und zwar: _____

Die Weiterbildungsbefugnis für Strahlentherapie

- wird noch beantragt
 ist vorhanden und gilt noch bis zum _____

Weiterbilder/in:

Name _____

B. Praxisräume (Aufgliederung der Räume mit Flächenangabe jedes Raumes)

Bezeichnung	Größe (von/bis)	Anzahl

Ist ein eigenes Arbeitszimmer für den weiterzubildenden Arzt/Ärztin vorhanden? ja / nein

C. Leistungsstatistik der Organisationseinheit des Vorjahres

Anlage 1 (auszufüllender Vordruck liegt bei)

D. Diagnosestatistik des Vorjahres nach ICD 10

Anlage 2 (selbst zu erstellen)

In der Regel die Hauptdiagnose, gegebenenfalls auch Nebendiagnosen, die mit einem relevanten diagnostischen oder therapeutischen Behandlungsaufwand in der Organisationseinheit verbunden waren. Bitte tabellarisch nach Fallzahl ordnen und den Klartext der Diagnose angeben. Es kann auch die umgangssprachliche Bezeichnung übernommen werden, die für den strukturierten Qualitätsbericht angegeben wird. Beschränken Sie sich auf den dreistelligen ICD-Code und auf die maximal 100 häufigsten Diagnosen.

Beispiel:

ICD-10-Ziffer (3-stellig)	Fallzahl	Diagnose
S52	40	Knochenbruch des Unterarmes
	<i>ODER</i>	
S52	40	Fraktur des Unterarmes

E. Personelle Besetzung dieser Weiterbildungsstätte

Der Organisationseinheit zugeordnetes (ggf. Stellenanteil angeben) Fachpersonal mit abgeschlossener Ausbildung und Arbeitsvertrag, ohne Praktikanten.

FÜR DIE ANGABE IN VOLLKRÄFTEN BITTE VOLLZEIT- UND TEILZEITBESCHÄFTIGTE ZUSAMMENFASSEN:

3 KRÄFTE a 50 % = 1,5 VOLLKRÄFTE

Akademische Mitarbeiter

Zahl der Ärzte insgesamt	_____ <i>Vollzeitkräfte</i>
Davon Strahlentherapeuten	_____ <i>Vollzeitkräfte</i>
Ärzte in Weiterbildung	_____ <i>Vollzeitkräfte</i>
Ärzte in anderen Funktionen (in welchen?)	_____

Andere Akademiker mit Angabe der Qualifikation	_____

Technische Mitarbeiter

Medizinisch-technische Assistenten/-innen	_____ <i>Vollzeitkräfte</i>
Medizinische Fachangestellte	_____ <i>Vollzeitkräfte</i>
Medizinisch-technische Radiologieassistenten/-innen	_____ <i>Vollzeitkräfte</i>
Andere Assistenzberufe mit Angabe der Qualifikation	_____ <i>Vollzeitkräfte</i>

Bei Bedarf sonstige Mitarbeiter aufführen:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

F. Folgende Geräte stehen der weiterbildenden Organisationseinheit am Standort funktionsfähig zur Verfügung

Bitte die spezielle apparative Ausstattung auflisten und ergänzen, gegebenenfalls auf einem zusätzlichen Blatt fortsetzen	Anzahl	Baujahr (von/bis)

Für die Weiterbildung wichtige Kooperationen können hier angegeben werden:

Ich, _____ (bitte Ihren Name eintragen), bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben und beantrage

- die Zulassung
- die Verlängerung der Zulassung

unseres Hauses als Weiterbildungsstätte für Strahlentherapie

Für die Geschäftsführung:

_____ Ort/Datum

_____ Unterschrift

Anlage:

- 1- Leistungsstatistik (Vordruck zum Ausfüllen liegt bei)
- 2- ICD - Diagnosestatistik

Anlage 1 zum Erhebungsbogen STRAHLENTHERAPIE:

Leistungsstatistik der letzten 12 Monate (bzw. des letzten Kalenderjahres)

Zeitraum von _____ bis _____

**Zahl der am Standort durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen
im angegebenen Zeitraum**

Behandlung von	stationär	ambulant
Hirn- und Rückenmarkstumoren	_____	_____
Hals-Nasen-Ohrentumoren	_____	_____
Schilddrüsentumoren	_____	_____
Lungen- und Mediastinaltumoren	_____	_____
Tumoren der Mamma	_____	_____
Tumoren des Gastrointestinaltraktes	_____	_____
Retroperitonealtumoren	_____	_____
Beckentumoren	_____	_____
Knochen- und Weichteiltumoren	_____	_____
Lymphsystemerkrankungen	_____	_____
Hauttumoren	_____	_____
Anwendung bildgebender Verfahren zur Therapieplanung		_____
davon mittels Röntgensimulator		_____
Computertomographie		_____
Sonographie		_____
Bestrahlungsplanungen mittels Simulator unter Einbeziehung von Rechnerplänen + CT		_____
Erstellung strahlentherapeutischer Behandlungspläne		_____
davon in Kombinationstherapie		_____
mit interdisziplinärer Zusammenarbeit		_____
Externe Strahlentherapie (gesamt)		_____
davon mittels Linearbeschleuniger		_____
Röntgentherapie		_____
radioaktiver Quellen		_____
Brachytherapien (gesamt)		_____
davon bei Tumoren der weiblichen Genitale		_____
Infusionstherapien		_____
Transfusions- und Blutersatztherapien		_____
Ernährungstherapien enteral über PEG		_____
parenteral		_____

Zytostatische Tumorthherapie

davon intravenös

Lokale Applikation

Immunmodulatorische, antihormonelle sowie supportive Therapiezyklen bei soliden Tumorerkrankungen

Chemotherapiezyklen einschließlich nachfolgender Überwachung

Palliativmedizinische Versorgung

Welche Fachdisziplinen gehören dem Team an? _____

Nachsorge und Rehabilitation von Tumorpatienten
