Erhebungsbogen (stationär)

für die

Zulassung als Weiterbildungsstätte zur Weiterbildung in der Facharztkompetenz

MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE

A. Weiterbildungsstätte (Bezeichnung, Adresse)

_____

_____

_____

Bezeichnung der Organisationseinheit, in der die Weiterbildung stattfindet (z.B.: Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie):

_____

Ärztliche Leitung dieser Organisationseinheit: _____

Als Weiterbildungsstätte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

☐ bereits zugelassen seit _____

☐ noch nicht zugelassen

Die Weiterbildungsbefugnis für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

☐ wird noch beantragt

☐ ist vorhanden und gilt noch bis zum _____

Weiterbilder/in:

Name _____

Name _____

B. Statistische Angaben der Organisationseinheit für das Jahr 20___ (Vorjahr)

Vollstationäre Fallzahl _____ Durchschnittliche Verweildauer (Tage) _____ Bettenzahl _____

Klinische Konsiliartätigkeit ☐ ja / ☐ nein

Wo? _____ Frequenz? _____ /monatlich

Aktuelle Bettenzahl zum Zeitpunkt der Antragstellung

Intensivabteilung am Standort vorhanden ☐ nein / ☐ ja, Bettenzahl: _____

Wenn ja: Genaue Bezeichnung der Intensivabteilung: _____

Welcher/welchen Abteilung/en zugeordnet? _____

Zahl der Beatmungsplätze? _____

C. Leistungsstatistik der Organisationseinheit des Vorjahres

Anlage 1 (auszufüllender Vordruck liegt bei)

D. Diagnosestatistik der Organisationseinheit 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**
	ODER	
S52	**40**	**Fraktur des Unterarmes**

E. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten im Bereich Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 a SGB V (Unterversorgung)?
☐ nein ☐ ja (Bitte Kopie der Ermächtigung beifügen) jährliche Fallzahl: _____

Vertrag nach § 116 b SGB V (hochspezialisierte Leistungen)? ☐ nein
Ja, für folgende Leistungen (ggf. Anlage beifügen) jährliche Fallzahl: _____

_____

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V? jährliche Fallzahl: _____

Andere ambulante Behandlungen (Bitte Abrechnungsgrundlage und Art der erbrachten Leistungen angeben)

_____ jährliche Fallzahl: _____

Beteiligung des Krankenhauses an der Notfallversorgung – am Standort vorhanden?:
Notfallambulanz ☐ ja / ☐ nein
Rettungswagen ☐ ja / ☐ nein
Rettungshubschrauber ☐ ja / ☐ nein

F. Personelle Besetzung am _____ in der _____

_____
Bitte Bezugszeitraum und Name der Organisationseinheit angeben, z.B.: am 31.12.2012 in der Zahnmedizinischen Abteilung

Beim Krankenhausträger angestelltes ärztliches Personal	**Für die Angabe in Vollkräften bitte Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte zusammenfassen: 3 Kräfte á 50 % = 1,5 Vollkräfte**	**Belegärzte**
Gesamtzahl: _____	Soll _____ Vollkräfte Ist _____ Vollkräfte	_____ Personen
Davon	**Davon**	**Davon**
Facharztanerkennung für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Ist _____ Vollkräfte	_____ Personen
In Mund-Kiefer-Gesichtschirurgischer Weiterbildung	Ist _____ Vollkräfte	

Freiwillige Angaben über weiteres ärztliches Personal (Drittmittel, Honorarärzte o.ä.) sind hier möglich:

_____

_____

Der Organisationseinheit zugeordnetes (ggf. Stellenanteil angeben) Fachpersonal mit abgeschlossener Ausbildung und Arbeitsvertrag, ohne Praktikanten, bei Bedarf bitte weitere Fachkräfte und anerkannte Weiterbildungen aufführen

Ausbildung in anderen Heilberufen	**Ist in Vollzeitkräften**		**Mit weiteren anerkannten Fachweiterbildungen**	**Ist in Vollzeitkräften**
Gesundheits- und Krankenpfleger/in (dreijährige Ausbildung)		**Die links aufgeführten Fachkräfte verfügen über die rechts angegebenen Zusatzqualifikationen:**	Intensivpflege und Anästhesie	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin			Operationsdienst	
Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r Dentalhygieniker/in Zahnmedizinische/r Prophylaxeassistent/in			Hygienefachkraft	
Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in				
Zahntechniker/in				

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

Bitte die spezielle apparative Ausstattung der Abteilung aufführen und ergänzen, gegebenenfalls auf einem zusätzlichen Blatt fortsetzen	Anzahl	Baujahr (von/bis)
Angiographiegerät/DSA		
Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte		
Belastungs-EKG/Ergometrie		
Computertomograph (CT)		
Endosonographiegerät		
Laparoskop		
MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie)		
Operationsmikroskop		
Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		
Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät		

Für die Weiterbildung wesentliche, standortübergreifende Kooperationen können hier ergänzt 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 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.

Für die Geschäftsführung:

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift

Anlagen:

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

Anlage 1 zum Erhebungsbogen MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE:

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

Zeitraum von _____ bis _____

Zahl der am Standort durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen im angegebenen Zeitraum

Sonographische Untersuchungen (gesamt)	_____
davon der Gesichts- und Halsweichteile, der Nasennebenhöhlen	_____
Doppler-/Duplexsonographien der extrakraniellen, hirnversorgenden Gefäße	_____
Lokal- und Regionalanästhesien, Blut- und Blutersatztherapien, Parenterale und enterale Ernährungstherapien	_____
Nicht-operative Korrekturen der Biß- und Kaufunktion	_____
Prothetische Versorgung	_____
Gebietsbezogene medikamentöse Tumortherapie	_____
Palliativmedizinische Versorgung	_____
Behandlung von chronischen Schmerzzuständen ohne eigenständigen Krankheitswert	_____
Operative Eingriffe	
Dentoalveolär (gesamt)	_____
davon Wurzelspitzenresektionen, Parodontalchirurgie	_____
Septische Chirurgie, z.B. Kieferhöhlenoperationen, Speichelsteinentfernungen	_____
Chirurgie bei Verletzungen, z.B. operative Versorgung kombinierten Weichteil– und Knochenverletzungen	_____
Fehlbildungschirurgie	_____
davon LKG-Spalten	_____
Kieferorthopädische Chirurgie und Kiefergelenkchirurgie	_____
Präprothetische Chirurgie	_____
Tumorchirurgie	_____
davon Probeexzisionen	_____
Tumorresektionen	_____
Chirurgie an peripheren Gesichtsnerven	_____
Plastische- und Wiederherstellungschirurgie	_____
Sonstige Eingriffe im Zusammenhang mit Mund-, Kiefer-, und Gesichtsoperationen, z. B. Tracheotomien, mikrochirurgische Transplantationen einschließlich des Präparierens von Gefäßanschlüssen	_____