



Erhebungsbogen (stationär)

für die

**Zulassung als Weiterbildungsstätte zur Weiterbildung in der Zusatzbezeichnung
INFEKTILOGIE**

A. Weiterbildungsstätte (Bezeichnung, Adresse)

Bezeichnung der Organisationseinheit, in der die Weiterbildung stattfindet (z.B.: Medizinische Klinik):

Ärztliche Leitung dieser Organisationseinheit: _____

Als Weiterbildungsstätte für Infektiologie

- bereits zugelassen seit _____
 noch nicht zugelassen

Die Weiterbildungsbefugnis für Infektiologie

- 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

Intensivabteilung am Standort vorhanden nein / ja, Bettenzahl: _____

Wenn ja: Genaue Bezeichnung der Intensivabteilung: _____

Welcher/welchen Abteilung/en zugeordnet? _____

Bettenzahl, die für eine isolierte Unterbringung bei speziellen Erregern zur Verfügung stehen: _____ Betten

C. Leistungsstatistik der Organisationseinheit des Vorjahres

(auszufüllender Vordruck liegt bei)

Anlage 1

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 |
| | <i>ODER</i> | |
| S52 | 40 | Fraktur des Unterarmes |

E. Personelle Besetzung der _____ am _____

(Bitte Bezugszeitraum und Name der Organisationseinheit angeben, z.B.: „Medizinische Klinik V“ am 31.12.2013 angeben)

| Beim Krankenträger angestelltes ärztliches Personal | Für die Angabe in Vollkräften bitte Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte zusammenfassen: 3 Kräfte a 50 % = 1,5 Vollkräfte |
|--|--|
| Gesamtzahl: _____ | Soll _____ Vollkräfte Ist _____ Vollkräfte |
| Davon | Davon |
| Mit Zusatzbezeichnung Infektiologie | Ist _____ Vollkräfte |
| In Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Infektiologie | Ist _____ Vollkräfte |

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

| Ausbildung in anderen Heilberufen | Ist in Vollzeitkräften | Die links aufgeführten Fachkräfte verfügen über die rechts angegebenen Zusatzqualifikationen: | Mit weiteren anerkannten Fachweiterbildungen | Ist in Vollzeitkräften |
|---|------------------------|---|--|------------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in (dreijährige Ausbildung) | | | | Hygienefachkraft |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin | | | | |
| | | | | |



F. Sonstige Information zum Standort

Hygieneplan für die Abteilung ist beigelegt

Spezielle Unterweisungen des Personals über die besonderen Hygienemaßnahmen in der Infektiologie finden hausintern

monatlich halbjährlich jährlich seltener statt
 extern statt

Bitte diese hausinternen Fortbildungsmaßnahmen oder entsprechende extern besuchte Veranstaltungen aus den letzten beiden Jahren beifügen

Der verantwortliche hygienebeauftragte Arzt ist::

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 Infektiologie.

Für die Geschäftsführung:

Ort/Datum

Unterschrift

Anlagen:

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

Anlage 1 zum Erhebungsbogen INFEKTIOLOGIE:

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

Zeitraum von _____ bis _____

Zahl der am Standort durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen
im angegebenen Zeitraum

Septische Infektionen _____

Zyklische Infektionen,
welche? _____

Antimikrobielle Chemotherapie, welche Indikation? _____

Importierte Infektionen,
welche? _____

Einheimische Infektionen,
welche? _____

Behandlung sich schnell ausbreitender, ansteckender Infektionskrankheiten,
welche? _____

