



Erhebungsbogen (stationär)

für die

Zulassung als Weiterbildungsstätte zur Weiterbildung in der Zusatzbezeichnung
KINDER-ENDOKRINOLOGIE UND -DIABETOLOGIE

A. Weiterbildungsstätte (Bezeichnung, Adresse)

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

Ärztliche Leitung dieser Organisationseinheit: _____

Als Weiterbildungsstätte für Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie

- bereits zugelassen seit _____
 noch nicht zugelassen

Die Weiterbildungsbefugnis für Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie

- 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 Kinderendokrinologische/-diabetologische Konsiliartätigkeit ja / nein

Wo? _____ Frequenz? _____ /monatlich

Aktuelle Bettenzahl zum Zeitpunkt der Antragstellung

Bettenzahl, die für die Weiterbildung in der Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie zur Verfügung stehen: _____ Betten

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

E. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten in der Kinder-Endokrinologie und Diabetologie

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: _____

F. Personelle Besetzung der _____ am _____

(Bitte Bezugszeitraum und Name der Organisationseinheit angeben, z.B.: „Medizinische Klinik V“ am 31.12.2012 angeben)

Beim Krankenhausträger 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 Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	Ist _____ Vollkräfte
In Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	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	Die links aufgeführten Fachkräfte verfügen über die rechts angegebenen Zusatzqualifikationen:	Mit weiteren anerkannten Fachweiterbildungen	Ist in Vollzeitkräften	
Gesundheits- und Krankenpfleger/in (dreijährige Ausbildung)				Diabetesfachkraft	
Gesundheits- und Kinderkrankpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankpflegerin					
Diätassistent/in					
Medizinisch-technische/r Radiologie-assistent/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)
Computertomograph (CT)		
Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		
Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät		



H. Sonstige Einrichtungen am Standort

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 Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie.

Für die Geschäftsführung:

Ort/Datum

Unterschrift

Anlagen:

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

Anlage 1 zum Erhebungsbogen KINDER-ENDOKRINOLOGIE UND -DIABETOLOGIE :
Leistungsstatistik der letzten 12 Monate (bzw. des letzten Kalenderjahres)

Zeitraum von _____ bis _____

Zahl der am Standort durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen
im angegebenen Zeitraum

Diabetes mellitus _____

davon Insulinbehandlung _____ davon Pumpentherapie _____

Adipositas _____

Hyperlipoproteinämien _____

Schilddrüsenerkrankungen _____

Nebenschilddrüsenerkrankungen _____

Endokrine Hypertonie _____

Nebennierenrindenerkrankungen _____

Gonadenerkrankungen _____

Hypophysenerkrankungen _____

Hormonelle und metabolische Funktionsprüfungen

Funktionstests _____

Welche? _____

Belastungstests _____

Welche? _____

Stimulationstests _____

Welche? _____

Suppressionstests _____

Welche? _____

Auxologische Methoden _____

Welche? _____

Sonographie endokriner Organe _____

Feinnadelpunktionen _____