

Erhebungsbogen (stationär)

für die

Zulassung als Weiterbildungsstätte zur Weiterbildung in der Zusatzbezeichnung
PROKTOLOGIE

A. Weiterbildungsstätte (Bezeichnung, Adresse)

Bezeichnung der Organisationseinheit, in der die Weiterbildung stattfindet (z.B.: Klinik für Anästhesiologie und Proktologie):

Ärztliche Leitung dieser Organisationseinheit: _____

Als Weiterbildungsstätte für Proktologie

- bereits zugelassen seit _____
 noch nicht zugelassen

Die Weiterbildungsbefugnis für Proktologie

- 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

Gesamtes Krankenhaus _____ Betten _____

Aktuelle Bettenzahl zum Zeitpunkt der Antragstellung

Intensivabteilung am Standort vorhanden nein / ja, Bettenzahl: _____

Wenn ja: Genaue Bezeichnung der Intensivabteilung: _____

Welcher/welchen Abteilung/en zugeordnet? _____

Bettenzahl, die für die Weiterbildung in der Proktologie 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 im Bereich Proktologie

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

F. Personelle Besetzung in der weiterbildenden Organisationseinheit am Standort

_____ am _____

(Bitte Bezugszeitraum und Name der Organisationseinheit angeben, z.B.: Klinik für Allgemeinchirurgie am 31.12.2011)

Beim Krankenhausträger angestelltes ärztliches Personal	Für die Angabe in Vollkräften bitte Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte zusammenfassen: 3 Kräfte a 50 % = 1,5 Vollkräfte	Belegärzte
Gesamtzahl: _____	Soll _____ Vollkräfte Ist _____ Vollkräfte	_____ Personen
Davon	Davon	Davon
Mit der Zusatzbezeichnung Proktologie	Ist _____ Vollkräfte	_____ Personen
In Weiterbildung für Proktologie	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)			Hygienefachkraft	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin			Operationsdienst	

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)

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 Proktologie.

Für die Geschäftsführung:

Ort/Datum

Unterschrift

Anlagen:

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

Anlage 1 zum Erhebungsbogen PROKTOLOGIE:

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

Zeitraum von _____ bis _____

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

Fissurbehandlungen konservativ _____

operativ _____

Exzision von peri- und intraanalen Geschwülsten,
z.B. Thrombosen, Marisken, Analpapillen _____

Hämorrhoidalbehandlungen _____

davon Verödungen _____

Gummibandligaturen _____

Analfisteln und Kryptensondierung _____

Fadendrainagen _____

Operationen Sinus pilonidalis _____

Acne inversa _____

Analabzesse _____

Diagnostik und Therapie der anorektalen Geschlechtskrankheiten _____

der analen Dermatosen _____

Versorgung und Beratung von Stomaträgern _____

Nachsorge bei malignen Tumoren _____

Welche? _____

Spekulumuntersuchungen des Analkanals _____

Proktoskopien _____

Rektoskopien _____

Funktionsdiagnostik der analen Schließmuskulatur _____

davon Manometrien _____

Endosonographien _____

Lokal- und Regionalanästhesien _____