

## Informationen für die Kompetenzzentren Allgemeinmedizin

- Stationäre Einrichtungen -

Angaben zur stationären Einrichtung (Name/Bezeichnung):

verantwortliche/r Ansprechpartner/in:

Anschrift:

Telefon / Fax:

E-Mail-Adresse:

Internetadresse:

vorhandene Fachabteilungen	Weiterbildungsbefugnis		
	ja /	Umfang (Monate)	bisher nicht
Allgemeinchirurgie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	_____	<input type="checkbox"/>
Viszeralchirurgie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	_____	<input type="checkbox"/>
Unfallchirurgie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	_____	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendmedizin <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	_____	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	_____	<input type="checkbox"/>
Endokrinologie/ Diabetologie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	_____	<input type="checkbox"/>
Gastroenterologie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	_____	<input type="checkbox"/>
Geriatric <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	_____	<input type="checkbox"/>
Hämatologie / Onkologie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	_____	<input type="checkbox"/>
Kardiologie / Angiologie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	_____	<input type="checkbox"/>
Nephrologie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	_____	<input type="checkbox"/>
Pneumologie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	_____	<input type="checkbox"/>
Rheumatologie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	_____	<input type="checkbox"/>
Notaufnahme <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	_____	<input type="checkbox"/>
Intensivstation <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	_____	<input type="checkbox"/>

Leistungsspektrum:

Ultraschall

EKG

Röntgen

Endoskopie

Ergometrie

CT

MRT

Herzkatheter

ERCP

Sonstiges (bitte ergänzen):

---



---

**Verkehrsanbindung (Möglichkeit der Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln):**

---

---

---

**Unterkunftsmöglichkeiten (Besteht die Möglichkeit der Anmietung eines Apartments o. ä.):**

---

---

---

**Erfahrungen mit Studierenden / Ärzten in Weiterbildung (ÄiW):**

Famulatur	<input type="checkbox"/>	Weiterbildungskonzept für ÄiW Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/>
Blockpraktikum	<input type="checkbox"/>		
Praktisches Jahr	<input type="checkbox"/>	interne Weiterbildungsveranstaltungen für ÄiW	<input type="checkbox"/>
AiW	<input type="checkbox"/>		

**Anzahl an freien Stellen für Ärzte in Weiterbildung**

Fachbereich	Anzahl Stellen	Zeitraum (von - bis)

**Sonstiges (Anmerkungen, Hinweise,...)**

---

---

---

---

**Vielen Dank im Voraus für Ihre Unterstützung!**

Ich bin damit einverstanden, dass die gemachten Angaben in die von den Kompetenzzentren Magdeburg und Halle gemeinsam genutzte Datenbank eingepflegt werden und die Kompetenzzentren die Angaben bei entsprechenden Anfragen hinsichtlich einer Weiterbildung an Ärzte in Weiterbildung weitergeben können. Die Freigabe kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift (Stempel)

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; Kompetenzzentrum für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin;  
Medizinische Fakultät; Institut für Allgemeinmedizin; Magdeburger Str. 8, 06112 Halle (Saale); E-Mail:  
kompetenzzentrum.allgemeinmedizin@uk-halle.de; Fax-Nr.: 0345-557 1609