

Fragebogen zum Faire Weiterbildung-Zertifikat

Gilt für alle Fachabteilungen

Keine Änderungen zum Vorjahr

Oder nur für folgende Fachabteilung(en):

Name der Fachabteilung(en)

Pflichtangaben für das Faire Weiterbildung-Zertifikat für alle Fachrichtungen

Weiterbildung wird angeboten

Angeordnete Überstunden werden vollständig erfasst

Weiterbildungscurriculum einsehbar

Weiterbildungsmentor eingerichtet

Einarbeitungsplan einsehbar

Mindestens 1 interne Fortbildung pro Monat

Mindestens 5 Fortbildungstage pro Jahr

Chefarzt hat eine Führungskräftequalifizierung absolviert

Jährliche dokumentierte Mitarbeitergespräche

Regelmäßige Besprechungen zur Fehlervermeidung (Min. eine pro Jahr)

Geplante Rotation in alle relevanten Teilbereiche im Rahmen der vorliegenden Weiterbildungsbefugnis

Klar definierte und einsehbare SOP für die Diagnostik und Behandlung der wichtigsten Krankheitsbilder

Pro Jahr mindestens 50 durch den Weiterbildungsbefugten oder seinen Vertreter supervisierte Tätigkeiten am ärztlichen Arbeitsplatz

Pflichtanhang:

Curricula je Fachabteilung

Verpflichtungserklärung zur Einhaltung der gemeldeten Rahmenbedingungen

Postanschrift

Ethimedis GmbH
N2, 9, 68161 Mannheim
Tel. +49-621-40546480
info@ethimedis.de
www.ethimedis.de

Bankverbindung

IBAN: DE75 3006 0601 0006 6524 26
BIC: DAAEDEDXXX
Bank: Apotheker- und Ärztebank
Inhaber: ETHIMEDIS

Handelsregister: HRB735742
St.-Nr.: 38182/40644
Umsatzsteuer-ID: DE328494683

Ergänzende fachspezifische Pflichtangaben (Bitte für alle Fachabteilungen beantworten)

Name der Fachabteilung(en)

- Mindestens 25% Weiterbildungszeit im OP*
- Mindestens 25% Weiterbildungszeit in der Funktionsdiagnostik*

Name der Fachabteilung(en)

- Mindestens 25% Weiterbildungszeit im OP*
- Mindestens 25% Weiterbildungszeit in der Funktionsdiagnostik*

Name der Fachabteilung(en)

- Mindestens 25% Weiterbildungszeit im OP*
- Mindestens 25% Weiterbildungszeit in der Funktionsdiagnostik*

Name der Fachabteilung(en)

- Mindestens 25% Weiterbildungszeit im OP*
- Mindestens 25% Weiterbildungszeit in der Funktionsdiagnostik*

Name der Fachabteilung(en)

- Mindestens 25% Weiterbildungszeit im OP*
- Mindestens 25% Weiterbildungszeit in der Funktionsdiagnostik*

*Über die gesamte Zeit der vorliegenden Weiterbildungsbefugnis

Postanschrift

Ethimedis GmbH
N2, 9, 68161 Mannheim
Tel. +49-621-40546480
info@ethimedis.de
www.ethimedis.de

Bankverbindung

IBAN: DE75 3006 0601 0006 6524 26
BIC: DAAEDEDXXX
Bank: Apotheker- und Ärztebank
Inhaber: ETHIMEDIS

Handelsregister: HRB735742
St.-Nr.: 38182/40644
Umsatzsteuer-ID: DE328494683

Freiwillige Zusatzinformationen (Freitext)

Weiterbildungskonzept nach Siebolds/ Denkinger/ Ansorg
Wöchentliche Fortbildungen mit SOPs und Videodokumentation on demand
Clinician Scientist Angebote
Basis-WB Innere, oder weiterführende ZWB Geriatrie und Palliativ möglich
Jeder Patient/ Jede Patientin wird tagesgleich mit OA besprochen
Funktionsrotation (Sono, Echo, TEE, Div. Duplex Untersuchungen)

Ergänzende Informationen zur Weiterbildung

Postanschrift

Ethimedis GmbH
N2, 9, 68161 Mannheim
Tel. +49-621-40546480
info@ethimedis.de
www.ethimedis.de

Bankverbindung

IBAN: DE75 3006 0601 0006 6524 26
BIC: DAAEDEDXXX
Bank: Apotheker- und Ärztebank
Inhaber: ETHIMEDIS

Handelsregister: HRB735742
St.-Nr.: 38182/40644
Umsatzsteuer-ID: DE328494683

Verpflichtungserklärung

der Klinik

- nachfolgend „Klinik“ genannt -

Hiermit verpflichtet sich die Klinik, die von ihr gemeldeten Prüfkriterien für das Faire Weiterbildung-Zertifikat ab dem 1.1.23 einzuhalten.

Die Klinik ist für die Richtigkeit und Vollständigkeit der von der Klinik gemeldeten und in ihren Klinik- und Fachabteilungsprofilen auf der Karriereplattform sowie im Ranking veröffentlichten Informationen, welche die Weiterbildung betreffen, verantwortlich.

Die Verpflichtungserklärung gilt unbefristet und kann von der Klinik jeweils zum 31.12. des jeweiligen Jahres für das Folgejahr widerrufen werden. Mit dem Widerruf wird der Klinik automatisch das Faire Weiterbildung-Zertifikat entzogen.

Ulm, den 23.4.23

Ort, Datum

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Michael Döring".

Unterschrift; Stempel Klinik

Postanschrift

Ethimedis GmbH
N2, 9, 68161 Mannheim
Tel. +49-621-40546480
info@ethimedis.de
www.ethimedis.de

Bankverbindung

IBAN: DE75 3006 0601 0006 6524 26
BIC: DAAEDEDXXX
Bank: Apotheker- und Ärztebank
Inhaber: ETHIMEDIS

Handelsregister: HRB735742
St.-Nr.: 38182/40644
Umsatzsteuer-ID: DE328494683