

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Weiterbildung wird angeboten | <input type="checkbox"/> Angeordnete Überstunden werden vollständig erfasst |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungscurriculum einsehbar | <input type="checkbox"/> Weiterbildungsmentor eingerichtet |
| <input type="checkbox"/> Einarbeitungsplan einsehbar | <input type="checkbox"/> Mindestens 1 interne Fortbildung pro Monat |
| <input type="checkbox"/> Mindestens 5 Fortbildungstage pro Jahr | <input type="checkbox"/> Chefarzt hat eine Führungskräftequalifizierung absolviert |
| <input type="checkbox"/> Jährliche dokumentierte Mitarbeitergespräche | <input type="checkbox"/> Regelmäßige Besprechungen zur Fehlervermeidung (Min. eine pro Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Geplante Rotation in alle relevanten Teilbereiche im Rahmen der vorliegenden Weiterbildungsbefugnis | <input type="checkbox"/> Klar definierte und einsehbare SOP für die Diagnostik und Behandlung der wichtigsten Krankheitsbilder |
| <input type="checkbox"/> 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)

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 _____ 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.

Ort, Datum

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

