

Arztnummer:

Aktenzeichen:

(wird von Ärztekammer ausgefüllt)

Ärztekammer
Schleswig-Holstein



Antrag auf Erteilung der Weiterbildungsbefugnis

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und zutreffendes ankreuzen (x)

<input type="checkbox"/> Basis- weiterbildung	<input type="checkbox"/> Gebietsbezeichnung/ Facharztkompetenz	<input type="checkbox"/> Schwerpunkt- bezeichnung	<input type="checkbox"/> Zusatz- bezeichnung
(entsprechende Bezeichnung eintragen)			
für die Dauer von..... Monaten			

Die Befugnis zur Weiterbildung beantrage ich

- allein (Einzelbefugnis)
- gemeinsam mit folgenden Ärztinnen/Ärzten (Team-/Verbundbefugnis):

Bereits bestehende Weiterbildungsbefugnis (wird von der Ärztekammer ausgefüllt):

Angaben zur Person des Antragstellers

Name, Vorname, Titel:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Dienststellung/Tätigkeit: seit:
(bitte genaue Datumsangabe)

Tel.-Nr. dienstl.: E-Mail-Adresse:

Angaben zur geplanten Weiterbildungsstätte

Name:
.....

Anschrift:
.....

Name des Antragstellers: _____

Qualifikationen nach der Weiterbildungsordnung		
Facharztanerkennungen		
als	am	durch
als	am	durch
als	am	durch
Genehmigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung		
welche	am	durch
welche	am	durch
welche	am	durch
Anerkennung von fakultativen Weiterbildungen		
welche	am	durch
welche	am	durch
Genehmigung zum Führen einer Zusatz-Weiterbildung		
welche	am	durch
welche	am	durch
welche	am	durch

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Dem Antrag sind folgende Anlagen beizufügen:

Anlage 1 Einzelheiten des beruflichen Werdegangs

Anlage 2 Ausgefüllter Inhaltebogen

Anlage 3 Ein gegliedertes Programm für die Weiterbildung gemäß § 5 Absatz 5 der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 25.05.2011

Name des Antragstellers: _____

Anlage für Ärztinnen und Ärzte der Bundeswehr

Auflistung der Untersuchungs- und Behandlungsräume (Lageplan als Anlage)

Ist ein eigenes Sprechzimmer für einen Weiterbildungsassistenten vorhanden?

ja / nein

Funktionsdiagnostik (Geräte)

- EKG ja / nein
 - Langzeit-EKG ja / nein
 - Sonographie ja / nein
 - Langzeit-Blutdruckmessung ja / nein
 - Endoskopie ja / nein
 - Röntgendiagnostik ja / nein
 - Laboratoriumsdiagnostik ja / nein
- Zusammenarbeit mit folgenden Laborärzten:

Qualitätssicherungsmaßnahmen/Zertifizierungen (bitte spezifizieren)

Besprechungs- und Fortbildungsangebot

Dokumentation

Art (z.B. Kartei, EDV)

Name des Antragstellers: _____

Durchschnittliche Patientenzahl pro Jahr davon

in den folgenden Altersgruppen	0-15 Jahre	%
	16-55 Jahre	%
	56-70 Jahre	%
	> 71 Jahre	%

Bitte OPS-Statistik beifügen

Besetzung der Abteilung für die die Befugnis beantragt wird:

1. Ärzte insgesamt

2. Fachärzte

Name/welche Anerkennung:

.....
.....
.....
.....

3. Ärzte in Weiterbildung

Medizinisches Assistenzpersonal (Anzahl und Qualifikation):

Kooperationen mit anderen Einrichtungen (bitte spezifizieren)