

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
<small>(entsprechende Bezeichnung eintragen)</small>			
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 Tagesklinik

1. Angaben zur Tagesklinik

Lage der Tagesklinik (z.B. Großstadt, ländlicher Raum)

Anbindung an ein Krankenhaus?.....Ja / Nein
Wenn ja, welches?

Erreichbarkeit?

Auflistung der Räume (Lageplan als Anlage)

Welche Rückzugsmöglichkeiten/Ruheräume bestehen?

Geräteausstattung (evtl. als Anlage)

Name des Antragstellers: _____

2. Durchschnittliche Patientenzahl pro Jahr(incl. Wahlleistungspat.)

3. Personal / therapeutisches Team(Anzahl und Qualifikationen)

4. Qualitätssicherungsmaßnahmen/Zertifizierungen / Teamsitzungen (bitte spezifizieren)

5. Dokumentation

Art (z.B. Kartei, EDV)

6. medizinisches Angebot

7. Kooperationen mit anderen Einrichtungen (bitte spezifizieren)