

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 Krankenhausärzte

- Ja, ich bestätige, dass ich in Weiterbildungsangelegenheiten weisungsungebunden bin

Angaben zur Klinik/Einrichtung		
Bettenanzahl/Fallzahl des gesamten Krankenhauses (alternativ angeben)		
Welche verschiedenen Abteilungen bestehen in Ihrer Klinik/Einrichtung?		
Abteilung:.....	Betten/Fallzahl:.....	Leitung:.....
Abteilung:.....	Betten/Fallzahl:.....	Leitung:.....
Abteilung:.....	Betten/Fallzahl:.....	Leitung:.....
Abteilung:.....	Betten/Fallzahl:.....	Leitung:.....
Abteilung:.....	Betten/Fallzahl:.....	Leitung:.....
Abteilung:.....	Betten/Fallzahl:.....	Leitung:.....
Abteilung:.....	Betten/Fallzahl:.....	Leitung:.....
Spezialabteilungen:		
Abteilung:.....Intensivstation.....	Betten/Fallzahl:.....	Leitung:.....
Abteilung:.....Notfallaufnahme.....	Betten/Fallzahl:.....	Leitung:.....
Abteilung:.....	Betten/Fallzahl:.....	Leitung:.....
Abteilung:.....	Betten/Fallzahl:.....	Leitung:.....

Besonderheiten der Abteilung (bedarfsweise ausfüllen):

Name des Antragstellers: _____

Angaben zur Abteilung
Bitte nur Angaben bezogen auf Ihre Abteilung

1. Fallzahl pro Jahr
2. Durchschnittliche Verweildauer(Tage)
3. Belegung im Berichtsjahr %
4. Konsiliarärztliche Tätigkeit	ja/nein
Bettenanzahl der Abteilung

Besetzung der Abteilung für die die Befugnis beantragt wird:
bei Bedarf bitte auf gesonderten Bogen angeben

1. Ärzte insgesamt
2. Leitende Ärzte
Name/Zuordnung zu bestimmten Funktionen:	
.....	
.....	
.....	
.....	
3. Oberärzte insgesamt
Name/Zuordnung zu bestimmten Funktionen:	
.....	
.....	
.....	
.....	
4. Assistenzärzte mit Gebietsanerkennung
5. Ärzte in Weiterbildung

Name des Antragstellers: _____

Geräteliste (eventuell gesonderte Liste im Anhang)

Kooperationen mit anderen Einrichtungen/Abteilungen

(z.B. Pathologie, Radiologie, Labor, Mikrobiologie, Praxen, MVZ und öffentliche Einrichtungen)

Qualitätssicherungsmaßnahmen/Zertifizierungen

Besprechungs- und Fortbildungsangebot

(z.B. Komplikationsbesprechung)