

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: \_\_\_\_\_

<b>Qualifikationen nach der Weiterbildungsordnung</b>		
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 niedergelassene bzw. in Praxen angestellte Ärzte**

### **1. Angaben zur Praxis**

Einzelpraxis	ja / nein
Gemeinschaftspraxis	ja / nein (seit wann, mit wem, welche Fachrichtungen)
Praxisgemeinschaft	ja / nein
überörtliche Gemeinschafts- praxis/Praxisgemeinschaft	ja / nein
MVZ	ja / nein (seit wann, mit wem, welche Fachrichtungen)

**Als angestellte/r Ärztin/Arzt bestätige ich, dass ich in Weiterbildungsangelegenheiten weisungsungebunden bin.**

**Lage der Praxis** (z.B. Großstadt, ländlicher Raum)

**Erreichbarkeit für Behinderte?** ja / nein

**Auflistung der Praxisräume** (Lageplan als Anlage)

**Ist ein eigenes Sprechzimmer für einen Weiterbildungsassistenten vorhanden?**

ja / nein

**Geräteausstattung** (evtl. als Anlage)

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

**2. Durchschnittliche Patientenzahl pro Jahr** .....(incl. Privatpatienten)

**3. Praxispersonal** (Anzahl und Qualifikationen)

**4. Qualitätssicherungsmaßnahmen/Zertifizierungen** (bitte spezifizieren)

**5. Dokumentation**

Art (z.B. Kartei, EDV) .....

**6. medizinisches Angebot**

(z.B. Früherkennungsmaßnahmen, IgeL, Hausbesuche, Betreuung spezieller Einrichtungen)

**7. Kooperationen mit anderen Einrichtungen** (bitte spezifizieren)

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

### Anlage für Belegärzte

#### **Angaben zum Belegkrankenhaus**

Bettenanzahl/Fallzahl des gesamten Krankenhauses (alternativ angeben) .....

Welche verschiedenen Abteilungen bestehen in der Klinik/Einrichtung?

- Abteilung:..... Betten/Fallzahl:..... Leitung/Belegarzt:.....
- Abteilung:..... Betten/Fallzahl:..... Leitung/Belegarzt:.....
- Abteilung:..... Betten/Fallzahl:..... Leitung/Belegarzt:.....
- Abteilung:..... Betten/Fallzahl:..... Leitung/Belegarzt:.....
- Abteilung:..... Betten/Fallzahl:..... Leitung/Belegarzt:.....
- Abteilung:..... Betten/Fallzahl:..... Leitung/Belegarzt:.....
- Abteilung:..... Betten/Fallzahl:..... Leitung/Belegarzt:.....
- Abteilung:..... Betten/Fallzahl:..... Leitung/Belegarzt:.....

Spezialabteilungen:

- Abteilung:.....Intensivstation..... Betten/Fallzahl:..... Leitung:.....
- Abteilung:.....Notfallaufnahme..... Betten/Fallzahl:..... Leitung:.....
- Abteilung:..... Betten/Fallzahl:..... Leitung:.....
- Abteilung:..... Betten/Fallzahl:..... Leitung:.....

#### **Angaben zur Belegabteilung**

Bitte nur Angaben bezogen auf Ihre Belegbetten

- 1. eigene Bettenbelegung pro Jahr .....
- 2. Durchschnittliche Verweildauer .....(Tage)