

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"/> Gebietsbezeichnung/ Facharztkompetenz	<input type="checkbox"/> Zusatz- Weiterbildung
(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 das Gebiet Arbeitsmedizin
oder Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin**

Ja, ich bestätige, dass ich in Weiterbildungsangelegenheiten weisungsungebunden bin

Angaben zur Einrichtung

vertraglich vereinbarte betriebsärztliche Einsatzzeit im Kalenderjahr

Anzahl der betreuten Betriebe und Verwaltungen nach Größe und Branche

	Anzahl
• bis 10 Beschäftigte
• 11 – 50 Beschäftigte
• 51 – 200 Beschäftigte
• > 201 Beschäftigte
• Energie und Wasser- und Abwasserwirtschaft
• Feinmechanik- und Elektroindustrie/-handwerk
• Textilindustrie/-handwerk
• Maschinen- und Metallbau und -verarbeitung
• chemische Industrie/-handwerk
• Papierherstellung
• Druck- und Papierverarbeitung
• Nahrungs- und Genussmittel, Gaststätten
• Bauwirtschaft/-handwerk
• Handelsbetriebe
• Verwaltungsbetriebe
• Verkehrsbetriebe
• Gesundheitsvorsorge
• sonstige (ggf. benennen)
•
•
•

Name des Antragstellers: _____

Besonderheiten der Einrichtung (bedarfsweise ausfüllen):

z.B.:

		Anzahl
- Untersuchungen nach G 1.2 Asbest	ja/nein
- betriebliche Eingliederungsfälle	ja/nein
- _____	
- _____	

Besetzung der Einrichtung:

bei Bedarf bitte auf gesonderten Bogen angeben

- 1. Ärzte insgesamt
 -
- 2. Fachärzte für Arbeitsmedizin
 -
- 3. Sicherheitsfachkräfte
 -
- 4. arbeitsmedizinische Assistentinnen
 -
- 5. sonstige (z.B. Hygienefachkraft, MTA, Rettungsassistent etc. bitte ggf. benennen)
 -
 -
 -

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)