

ANTRAG AUF ERTEILUNG EINER WEITERBILDUNGSBEFUGNIS

Ambulanter Bereich

(Im nachstehenden Text wird die Berufsbezeichnung "Arzt"/"Ärzte" einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet)

Die ersten zwei Seiten sind von jedem Antragsteller einzeln auszufüllen und einzureichen

			ID: (wird von der Ärztekammer ausgefüllt)				
Facharztkompetenz	Schwerpunktkompe	etenz	☐ Zusatz-Weiterbildung				
(entsprechende Bezeichnung eintragen)							
für den Umfang von	Monaten.						
Angaben zur Person des Ant	ragstellers:						
Name, Vorname, Titel:							
Geburtsdatum:		Geburtsort:					
Tel. dienstlich:		E-Mail:					
Haupttätigkeit:		Std.,	/Woche*: seit:				
Moitoro Sunti Tätiokoiton (mit	Ctundonongoho).						
Weitere ärztl. Tätigkeiten (mit	Stundenangabe): (z. B. Anst	ellungen im Kranken	haus, Belegabteilungen, Forschung, etc.)				
* Sofern Sie in Teilzeit tätig sind, ist zu erläutern, wie eine ganztägige Weiterbildung unter Anleitung in der entsprechenden Weiterbildungsstätte gewährleistet wird, ggf. kumulativ mit Befugnispartner.							
Die Pofusnie zur Weiterhilde	ung hoontrogo/n ich/wie	ı					
Die Befugnis zur Weiterbildu	mg beamtrage/m ich/wm						
allein (Einzelbefugnis)							
gemeinsam mit folgenden Ärzten (Team-/Verbundbefugnis):							
Ananya ahnauta ay (niju h	oi Toom Morhundhofumi						
Ansprechpartner (nur bei Team-/Verbundbefugnissen):							

für folgende Weiterbildungsstätte/n: (Name, Anschrift)						
Weitere Standorte der Praxis / de	s MVZ / der Tagesklinik	: Präsenzzeit:	findet hier WB statt?			
			☐ Ja ☐ Nein			
			☐ Ja ☐ Nein			
			☐ Ja ☐ Nein			
Angaben des Inhabers						
(falls abweichend vom Antragsteller	und wenn es sich um ein	MVZ oder eine Tagesklinik h	andelt):			
Name Inhaber/Geschäftsführer/Träg	ger:					
Telefonnummer:	E-M	ail:				
Homepage:						
Hiermit bestätigen wir, dass weisungsungebunden ist.	s der antragstellende Arzt	in Weiterbildungsangelegenh	neiten			
Uns ist bekannt, dass der befugte Arzt im Rahmen der Weiterbildung Zeugniserstellungsrecht hat.						
Datum/Ort	Unterschrift des Antragstellers	Dochtavovkindl	liche Unterschrift des Inhabers			
Datum, Oft	onterschillt des Andagstehers	Rechtsverbiller	iche onterschint des milabers			

Namen der Antragsteller:				
ANGABEN ZUR EINRICHTUN	G			
☐ Einzelpraxis	_			
Gemeinschaftspraxis* (bitte unten angeben seit wann/mit wem/wel	lche Fachrichtungen)			
Praxisgemeinschaft				
☐ überörtliche Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft	t			
$ \qquad MVZ^* \ (\text{bitte unten angeben seit wann/mit wem/welche Fachrichtungen/Re}) $	echtsform)			
*				
Tagesklinik Anbindung an ein Krankenhaus? Wenn ja, an welches?	☐ ja ☐ nein			
Räumliche Gegebenheiten				
Größe m² Behandlungsräum	Funktionsräume			
Barrierefreier Zugang?	ja ☐ nein			
Steht für den Weiterbildungsassistenten ein eigener Beha	ndlungsraum zur Verfügung? 🔲 ja 🔲 nein			
Personelle Gegebenheiten				
Fachärzte in der beantragten Bezeichnung MFA / Arzthelfer				
Ärzte in Weiterbildung in der beantragten Weiteres medizinisches Assistenzpersonal:				
Bezeichnung	(Anzahl und Qualifikation angeben)			
Ambulante Versorgung				
durchschnittliche Patientenanzahl pro Quartal:				
Internetzugang				
Steht eine den medizinischen Erfordernissen entsprechen	nden Zugriff auf Literaturdatenbanken zur Verfügung?			
☐ ja	nein			
Ist für die Dokumentation im elektronischen Logbuch ein	Internetzugang vorhanden?			
☐ ja	nein			
Apparative Ausstattung				
In Bezug auf das Leistungsspektrum sind Geräte in ausrei	chendem Umfang vorhanden?			
☐ ja	nein			

Seite 4/5 des Antrags	auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis				
Namen der Antragstel	ler:				
Ouglitätesiaho	rungamaßnahman/Zartifiziarungan. (hitto anagifiziaran)				
Quantatssiche	rungsmaßnahmen/Zertifizierungen: (bitte spezifizieren)				
Spezielles med	lizinisches Angebot:				
Kooperationer	n mit anderen Einrichtungen: (bitte spezifizieren)				
☐Hiermit best	ätigen wir, dass die o.g. Angaben vollständig und korrekt sind.				
Datum/Ort	Unterschrift des/eines Antragstellers Rechtsverbindliche Unterschrift des Inhabers				
	rschrift bestätigen Sie zudem, dass die einschlägigen Arbeitsgesetze (z.B. Arbeitszeitgesetz), nd Betriebsvereinbarungen eingehalten werden.				
Dem Antrag si	nd zudem folgende Anlagen beizufügen:				
Anlage 1	Einzelheiten des beruflichen Werdegangs (Lebenslauf) von jedem Antragsteller				
Anlage 2	ausgefüllter Leistungsnachweis (Inhaltebogen), wenn gefordert mit Leistungsstatistik/OPS (Sofern ein voller Befugnisumfang angestrebt wird, muss gewährleistet werden, dass alle Weiterbildungsinhalte in ausreichender Anzahl vermittelt werden können, ggf. durch Hospitationen. Sofern eine Rotation oder Hospitation ermöglicht wird, sind entsprechende Vereinbarungen einzureichen und der Weiterbildungsplan zu ergänzen.)				
Anlage 3	Diagnosestatistik mit Anzahl (über die häufigsten 20 Diagnosen für den im Leistungsnachweis angegebenen Berichtszeitraum)				
Anlage 4	Weiterbildungsplan ("Curriculum", s. beigefügtes Merkblatt) (Das Curriculum ist ein zeitlich und inhaltlich gegliedertes Programm für die Weiterbildung, in welchem Sie die Weiterbildung inhaltlich und zeitlich gliedern und somit ein Lernkonzept erkennbar wird.)				

Namen der Antragsteller:			
ANLAGE FÜR BE			
ANLAGE FUR DE	LEGARZIE		
Findet die Weiterbildung auch in	n Belegkrankenhaus stat	t?	
Wenn ja, unter wessen A	nleitung?		
	_		
Angaben zum Belegkrankenha Name und Anschrift des Belegkra		rige Frage mit "ja" beantwortet wurde)	
tume una imperimit des Beregui			
Bettenanzahl/Fallzahl des gesam	nten Krankenhauses		
Welche verschiedenen Abteilu	ngen bestehen in der F	Klinik/Einrichtung?	
Abteilung:	Fallzahl:	Leitung/Belegarzt:	
Spezialabteilungen			
Abteilung:	Fallzahl:	Leitung/Belegarzt:	
Angaben zur Belegabteilunger	1 (bitte nur Angaben bezogen auf I	ihre Belegbetten)	
eigene Bettenbelegung pro Jahr			
Durchschnittliche Verweildauer			(Tage)
Hiermit bestätigen wir, dass d	ie o. g. Angaben vollstän	dig und korrekt sind.	
,		-	
Datum/Ort	 Unterschrift des/eines Ant	ragstellers Rechtsverbindliche Unter	rschrift des Trägers des
ratury Off	ontersemme des/emes Ant	Belegkrankenhauses	semme des fragers des