



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 Schwerpunktkompetenz Zusatz-Weiterbildung

(entsprechende Bezeichnung eintragen)

für den Umfang von Monaten.

Angaben zur Person des Antragstellers:

Name, Vorname, Titel:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Tel. dienstlich: E-Mail:

Haupttätigkeit: Std./Woche*: seit:

Weitere ärztl. Tätigkeiten (mit Stundenangabe): (z. B. Anstellungen im Krankenhaus, 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 Befugnis zur Weiterbildung beantrage/n ich/wir

allein (Einzelbefugnis)

gemeinsam mit folgenden Ärzten (Team-/Verbundbefugnis):

Ansprechpartner (nur bei Team-/Verbundbefugnissen):

für folgende Weiterbildungsstätte/n: (Name, Anschrift)

Weitere Standorte der Praxis / des 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 handelt):

Name Inhaber/Geschäftsführer/Träger:

Telefonnummer:

E-Mail:

Homepage:

- Hiermit bestätigen wir, dass der antragstellende Arzt in Weiterbildungsangelegenheiten weisungsungebunden ist.

- Uns ist bekannt, dass der befugte Arzt im Rahmen der Weiterbildung Zeugniserstellungsrecht hat.

Datum/Ort

Unterschrift des Antragstellers

Rechtsverbindliche Unterschrift des Inhabers

Namen der Antragsteller:

Qualitätssicherungsmaßnahmen/Zertifizierungen: (bitte spezifizieren)

Spezielles medizinisches Angebot:

Kooperationen mit anderen Einrichtungen: (bitte spezifizieren)

Hiermit bestätigen wir, dass die o. g. Angaben vollständig und korrekt sind.

Datum/Ort

Unterschrift des/eines Antragstellers

Rechtsverbindliche Unterschrift des Inhabers

*Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie zudem, dass die einschlägigen Arbeitsgesetze (z.B. Arbeitszeitgesetz), Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen eingehalten werden.

Dem Antrag sind 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 BELEGÄRZTE

Findet die Weiterbildung auch im Belegkrankenhaus statt?

Ja Nein

Wenn ja, unter wessen Anleitung?

Angaben zum Belegkrankenhaus (nur auszufüllen, wenn vorherige Frage mit "ja" beantwortet wurde)

Name und Anschrift des Belegkrankenhauses:

Bettenanzahl/Fallzahl des gesamten Krankenhauses

Welche verschiedenen Abteilungen bestehen in der Klinik/Einrichtung?

Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung/Belegarzt:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung/Belegarzt:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung/Belegarzt:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung/Belegarzt:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung/Belegarzt:	<input type="text"/>

Spezialabteilungen

Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung/Belegarzt:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung/Belegarzt:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung/Belegarzt:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>	Fallzahl:	<input type="text"/>	Leitung/Belegarzt:	<input type="text"/>

Angaben zur Belegabteilungen (bitte nur Angaben bezogen auf Ihre Belegbetten)

eigene Bettenbelegung pro Jahr

Durchschnittliche Verweildauer (Tage)

Hiermit bestätigen wir, dass die o. g. Angaben vollständig und korrekt sind.

Datum/Ort

Unterschrift des/eines Antragstellers

Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers des Belegkrankenhauses