



# ANTRAG AUF ERTEILUNG EINER WEITERBILDUNGSBEFUGNIS

## Gesundheitsämter

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

**Das Antragsformular ist von jedem Antragsteller einzeln auszufüllen und einzureichen**

ID: \_\_\_\_\_  
(wird von der Ärztekammer ausgefüllt)

- Facharzt-  
kompetenz       Schwerpunkt-  
kompetenz       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)

(Bei einer Verbundweiterbildung mit mehreren Stätten sind alle Adressen einzutragen.)

**Angaben der Einrichtung**

Träger der Einrichtung:

Name Ansprechpartner:

Telefonnummer:  E-Mail:

Homepage:

**Räumliche Gegebenheiten**

Barrierefreier Zugang?  ja  nein

Auflistung der Räume (ggf. Lageplan als Anlage)

Ist für den Weiterbildungsassistentin/die Weiterbildungsassistenten ein eigenes Dienstzimmer vorhanden?

ja  nein

**Anzahl der/des...**

...durchschnittlichen Fälle pro Quartal:   
(incl. Privatpatienten)

...Ärzte in Weiterbildung im beantragten Fach:   
(Anzahl mit Angabe des Stundenumfangs)

...Personals:

(Qualifikation/Anzahl mit Angabe des Stundenumfangs, ggf. Geschäfts- und Dienstverteilungsplan anonymisiert als Anlage)

