



# ANTRAG AUF ERTEILUNG EINER WEITERBILDUNGSBEFUGNIS

FA Arbeitsmedizin / ZWB Betriebsmedizin

(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

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. weitere Chefarztstätigkeiten, Niederlassung, 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 des Einrichtung:**

Inhaber der Einrichtung:

Name Ansprechpartner:

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:

## ANLAGE

### für die Facharztkompetenz Arbeitsmedizin oder der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin

#### Angaben zur Einrichtung

Vertraglich vereinbarte betriebsärztliche Einsatzzeit im Kalenderjahr:  **Stunden**

**Anzahl der Betriebe** (auch Fachabteilungen und Verwaltungen):

	Anzahl		Anzahl
▶ bis 10 Beschäftigte	<input type="text"/>	▶ 51- 120 Beschäftigte	<input type="text"/>
▶ 11-50 Beschäftigte	<input type="text"/>	▶ > 121 Beschäftigte	<input type="text"/>

#### Anzahl der betreuten Branchen

(Hinweis: Ein Betrieb kann mehrere Branchen beinhalten.)

	Anzahl		Anzahl
▶ Energie und Wasser-und Abwasserwirtschaft	<input type="text"/>	▶ Verwaltungsbetriebe	<input type="text"/>
▶ Feinmechanik- und Elektroindustrie/-handwerk	<input type="text"/>	▶ Verkehrsbetriebe	<input type="text"/>
▶ Textilindustrie/-handwerk	<input type="text"/>	▶ Gesundheitsvorsorge	<input type="text"/>
▶ Maschinen- und Metallbau und -verarbeitung	<input type="text"/>	▶ Druck- und Papierverarbeitung	<input type="text"/>
▶ chemische Industrie/-handwerk	<input type="text"/>	▶ Nahrungs- und Genussmittel, Gaststätten	<input type="text"/>
▶ Papierherstellung	<input type="text"/>	▶ Bauwirtschaft/-handwerk	<input type="text"/>
▶ Handelsbetriebe	<input type="text"/>		

sonstige (bitte benennen)

▶ <input type="text"/>	<input type="text"/>
▶ <input type="text"/>	<input type="text"/>
▶ <input type="text"/>	<input type="text"/>

Namen der Antragsteller:

**Besonderheiten der Einrichtung** (bedarfsweise ausfüllen):

z.B.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anzahl
Untersuchungen nach G 1.2 Asbest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
betriebliche Eingliederungsfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>			<input type="text"/>
<input type="text"/>			<input type="text"/>

**Besetzung der Einrichtung:**

bei Bedarf bitte auf gesonderten Bogen angeben

1. Ärzte insgesamt
2. Fachärzte für Arbeitsmedizin
3. Ärzte in Weiterbildung im beantragten Fach
4. Sicherheitsfachkräfte
5. arbeitsmedizinische Assistentinnen
6. sonstige (z.B. Hygienefachkraft, MTA, Rettungsassistent etc. bitte ggf. benennen)

**Apparative Ausstattung** (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)

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**, 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** (über die häufigsten 20 Diagnosen für den im Leistungsnachweis angegebenen Berichtszeitraum)
- Anlage 4 **Weiterbildungsplan** („Curriculum“)  
(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.)