

Anlage zum Antrag zur Anerkennung der Facharztbezeichnung "Arbeitsmedizin"

Antragsteller: _____

Geburtsdatum: _____

**Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg
Nachweis über die Erfüllung der Richtlinien (Zusammenfassung)**

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Weiterbildungsabschnitt				
		Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5
der ärztlichen Begutachtung bei arbeitsbedingten Erkrankungen und Berufskrankheiten, der Beurteilung von Arbeits-, Berufs- und Erwerbsfähigkeit einschließlich Fragen eines Arbeitsplatzwechsels	10					
arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach Rechtsvorschriften	200					
Arbeitsplatzbeurteilungen und Gefährdungsanalysen	50					
Beratungen zur ergonomischen Arbeitsgestaltung	100					
Ergometrie	50					
Lungenfunktionsprüfungen	50					
Beurteilung						
des Hörvermögens	50					
des Sehvermögens	50					
arbeitsmedizinische Bewertung von Messergebnissen verschiedener Arbeitsumgebungsfaktoren, z. B. Lärm, Klimagrößen, Gefahrstoffe	50					
Teilnahme an Sitzungen des Arbeitsausschusses	10					
Schulungen von Beschäftigten zu Themen des medizinischen Arbeitsschutzes	5					

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben:

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Weiterbildungsbefugten