

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin

Weiterbildungsbefugnis beantragt ab _____

1 Standort der Weiterbildungsstätte

Einrichtung _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Zulassung für hausärztliche Versorgung ja nein

Angabe zur Einrichtung Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft MVZ Praxis mit Zweigpraxen

Zweigpraxis 1

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Zweigpraxis 2

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

2 Angaben zum Antragsteller

Name _____

Vorname _____

geb. am _____ Geburtsort _____

Dienststellung Praxisinhaber seit _____ Angestellter* seit _____

* Bitte Befürwortung des Leiters/Praxisinhabers als Anlage beifügen

Können Sie eine Weiterbildung in Vollzeit gewährleisten? ja nein

wenn nein: Bitte Angabe der Teilzeit in h/Woche. _____

Qualifizierung

Facharztbezeichnung _____ seit _____

Zusatzweiterbildung _____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

sonstige _____ seit _____

Anerkennungen _____ seit _____

(z. B. RöV, Ultraschall) _____ seit _____

3 Beruflicher Werdegang des Antragstellers

Bitte als Anlage beifügen!

4 Angaben zur Weiterbildungsstätte

4.1 Ärztinnen/Ärzte

Anzahl der Ärztinnen/Ärzte gesamt	_____ / _____
davon	Vollzeitkräfte / Personen
mit Facharztanerkennung	_____ / _____
	Vollzeitkräfte / Personen
mit Anerkennung Zusatzbezeichnung	_____ / _____
	Vollzeitkräfte / Personen
in Weiterbildung	_____ / _____
	Vollzeitkräfte / Personen

Angabe bei Praxen mit Zweigpraxen

Einsatzort der Ärztinnen/Ärzte

Einsatzort der Ärztinnen/Ärzte

Einsatzort der Ärztinnen/Ärzte

4.2 Medizinisches Assistenzpersonal

Medizinische Fachangestellte	_____
Medizinisch-technische Radiologieassistenz	_____
Auszubildende	_____
sonstiges Assistenzpersonal	_____

4.3 Räumliche Ausstattung

Ist für den Arzt/die Ärztin in Weiterbildung ein eigener Arbeitsplatz vorhanden? ja nein

Bitte Praxisbeschreibung mit Grundriss der Praxis als Anlage beifügen!

5 Statistische Angaben

Bitte eine entsprechende Ziffernstatistik aus dem Honorarbescheid der letzten Quartalsabrechnung als Anlage beifügen!

Maßnahmen/Kompetenzen

Behandlung von Kindern und Jugendlichen	_____
Impfungen	_____
Teilnahme am Disease-Management-Programm (DMP)	
Koronare Herzkrankheit (KHK)	_____
COPD/Asthma bronchiale	_____
Diabetes mellitus	_____
Wundversorgung und Wundbehandlung, „Kleine Chirurgie“	_____
Haus- und Heimbesuche	_____

6 Geräteliste

Bitte als Anlage beifügen!

7 Fort- und Weiterbildung

Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen

ja

nein

Fallbesprechungen mit der Ärztin/dem Arzt in Weiterbildung

ja

nein

Mitglied eines Weiterbildungsnetzwerkes

ja

nein

Bemerkungen

8 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen

ja

nein

wenn ja, welche

intern

extern

9 Gegliedertes Programm für die Weiterbildung gemäß § 5 Absatz 6 der Weiterbildungsordnung

Bitte fügen Sie dem Antrag ein gegliedertes Programm über den strukturierten Ablauf der Weiterbildung bei. Dieser muss den unter Ihrer Verantwortung Weiterzubildenden aushändig werden.

10 Kognitive und Methodenkompetenzen/Handlungskompetenzen

Zur Beurteilung Ihres Antrages ist es erforderlich, die tatsächlich an Ihrer Weiterbildungsstätte vermittelbaren Kompetenzen nach der WBO 2020 zu erfassen. Bitte füllen Sie daher die Anlage 1 zum Antrag aus.

Haben Sie beigefügt?

Bitte beachten Sie, dass aus allen Anlagen die Bezeichnung der Weiterbildungsstätte hervorgeht (Kopfbogen bzw. Stempel auf jeder Seite)!

Anlage 1: Kognitive und Methodenkompetenz/Handlungskompetenz

Anlage 5: fachspezifische Geräteliste

Anlage 2: Praxisbeschreibung mit Praxisgrundriss

Anlage 6: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung

Anlage 3: Beruflicher Werdegang

ggf. Befürwortung des Chefarztes/Praxisinhabers

Anlage 4: Statistiken

Ehrenerklärung

Lt. Beschluss der Kammerversammlung vom 04.12.2021 sind Personen ab Jahrgang 1975 von der Verpflichtung zur Abgabe der Ehrenerklärung befreit.

Ehrenerklärung liegt bereits vor

Die Ehrenerklärung der LÄKB muss in ihrer bestehenden Form nicht wiederholt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort

Datum

Unterschrift/Stempel

EHRENERKLÄRUNG

Ich versichere, zu keinem Zeitpunkt als offizieller oder inoffizieller Mitarbeiter für das Ministerium für Staatssicherheit bzw. das Amt für Nationale Sicherheit der DDR gearbeitet zu haben.

Ich verpflichte mich, auf Anforderung bei der zuständigen Behörde eine mögliche Zusammenarbeit mit o. g. Institution überprüfen zu lassen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel