

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Haut- und Geschlechtskrankheiten

Weiterbildungsbefugnis beantragt ab: _____

1 Angaben zum Antragsteller

Bitte fügen Sie dem Antrag Ihren beruflichen Werdegang als Anlage bei!

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Geburtsort: _____

Dienststellung: Chefarzt seit _____
Oberarzt/Leitender Arzt * seit _____
fachlicher Vertreter des Weiterbildungsbefugten _____

Praxisinhaber seit _____
angestellter Arzt in der Praxis * seit _____

* Bitte Befürwortung des Chefarztes/ Leiters/ Praxisinhabers zur Weiterbildungsbefugnis beifügen

Können Sie eine Weiterbildung in Vollzeit gewährleisten? ja nein
wenn nein, bitte Angabe der Teilzeit in h/Woche: _____

Qualifikationen: Facharzt _____ seit _____
_____ seit _____
_____ seit _____
Zusatz- bezeichnung _____ seit _____
_____ seit _____
_____ seit _____
Sonstige Anerkennungen _____ seit _____
_____ seit _____
_____ seit _____

Bitte fügen Sie Ihren Beruflichen Werdegang als Anlage bei!

2 Standort der Weiterbildungsstätte

Bitte benennen Sie alle Klinik- oder Praxisstandorte, an denen Sie die Weiterbildung durchführen (ggf. zusätzliche Seite einfügen).

Einrichtung _____

Abteilung: _____

Anschrift: _____

Versorgungsstufe: _____

zusätzliche Angaben für den ambulanten Bereich:

Einzelpraxis mit Zweigpraxis Sonstiges: _____
 Berufsausübungsgemeinschaft mit Zweigpraxis _____
 Medizinisches Versorgungszentrum mit Zweigpraxis _____

Bitte fügen Sie einen Grundriss der Praxis (Skizze) als Anlage bei.

3 Angaben zur Weiterbildungsstätte

3.1 Personelle Besetzung (Angaben zum Personal)

Anzahl der Ärzte Gesamt: _____

Chefärzte: _____ Krankenschwester/-pfleger _____

Oberärzte: _____ Medizinische Fachangestellte _____

Ärzte in Weiterbildung _____ sonstiges Assistenzpersonal _____

3.2 Abteilung und Betten

Abteilung	Anzahl der Betten	Leitung der Abteilung
Haut- und Geschlechtskrankheiten	_____ Betten	_____
Absicherung der Notfallaufnahme und Intensivmedizin		
Notfallaufnahme vorhanden		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leitung der Notfallaufnahme:		_____
Notfallversorgungsstufe		<input type="checkbox"/> Stufe 1 <input type="checkbox"/> Stufe 2 <input type="checkbox"/> Stufe 3
Intensivmedizinische Abteilung vorhanden		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leitung der Abteilung:		_____
Umfang der intensivmedizinischen Befugnis	_____ Monat	
Anzahl Beatmungsbetten	_____ Betten	
Anzahl Betten IMC	_____ Betten	

3.3 Anzahl der Patienten (in den letzten 12 Monaten)

Anzahl stationär _____ Klinische Konsiliartätigkeit? ja nein

Anzahl ambulant _____ Anzahl der Konsultationen _____

4 Rotationen / Kooperationen

Erfolgt im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung eine Rotation zwischen verschiedenen kooperierenden Kliniken oder Weiterbildungsstätten? ja nein

Name/Bezeichnung der Klinik oder Stätte: _____

Name des Weiterbilders an der Stätte: _____

Häufigkeit oder Ø Stundenanzahl / Woche: _____ oder _____ h/Woche

Inhalt/Thema der Kooperation: _____

Name/Bezeichnung der Klinik oder Stätte: _____

Name des Weiterbilders an der Stätte: _____

Häufigkeit oder Ø Stundenanzahl / Woche: _____ oder _____ h/Woche

Inhalt/Thema der Kooperation: _____

Liegen schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den Kliniken oder Stätten vor? ja nein

Wenn ja – mit welcher Klinik oder Stätte liegen Kooperationsvereinbarungen vor? Bitte als Anlage beifügen!

5 Fort- und Weiterbildung

- Regelmäßige Teilnahme am interdisziplinären Tumorboard ja nein
 Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen ja nein
 Fallbesprechungen mit dem/der Arzt/ Ärztin in Weiterbildung ja nein

6 Spezifische Geräteliste (Anzahl, Baujahr, Typ) - als Anlage beifügen

7 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen ja nein

wenn ja, welche

intern

extern

8 Gegliedertes Programm für die Weiterbildung

Das Weiterbildungsprogramm ist die individuelle Umsetzung der gemäß Weiterbildungsordnung geforderten Weiterbildungsinhalte in einen konkreten internen Ablaufplan für den Arzt in Weiterbildung in seiner Weiterbildungsstätte. In welchen Weiterbildungsabschnitten werden welche Weiterbildungsinhalte unter Ihrer Leitung dem Arzt in Weiterbildung vermittelt? Dieses gegliederte Programm ist dem Arzt in Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 6 der WBO auszuhändigen und diesem Antrag beizufügen.

9 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 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 2: Beruflicher Werdegang
 Anlage 3: Spezifische Geräteliste
 Anlage 4: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
 ggf. schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den Kliniken oder Stätten
 ggf. Praxisgrundriss
 ggf. Befürwortung des Chefarztes/ Leiters/ Praxisinhabers
 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.

Kontaktdaten: Telefon _____

E-Mail _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

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