

# Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Innere Medizin und Rheumatologie

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/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 _____ |
| Schwerpunkt-,<br>Zusatz-<br>bezeichnung          | _____ | seit _____ |
|  | _____ | seit _____ |
|  | _____ | seit _____ |
|  | _____ | seit _____ |
| Sonstiges<br>(z. B. RöV,<br>Ultraschall<br>usw.) | _____ | seit _____ |
|  | _____ | seit _____ |

## 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:

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis                     | <input type="checkbox"/> mit Zweigpraxis | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft      | <input type="checkbox"/> mit Zweigpraxis | _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum | <input type="checkbox"/> mit Zweigpraxis | _____                                     |

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

### 3 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen  ja  nein

wenn ja, welche

intern

extern

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

### 4 Fort- und Weiterbildung

regelmäßige Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen

ja  nein

Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen

ja  nein

Fallbesprechungen

ja  nein

Kooperation mit einem Labor

ja  nein

wenn ja, welches Labor und in welchem Umfang \_\_\_\_\_

Sicherung von Rotationen/Hospitationen

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

### 5 Technische Ausstattung

Bitte fügen Sie eine fachspezifische Geräteliste als Anlage bei.

### 6 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.

### 7 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.

### 8 Beschreibung der Weiterbildungsstätte

Die Weiterbildungsstätte ist die Klinik/Praxis \_\_\_\_\_

#### 8.1 Räumliche Voraussetzungen

Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer

ja  nein

Internetverbindung

ja  nein

#### 8.2 Ärztinnen/Ärzte

gesamt

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Vollzeitkräfte / Personen

Chefarzt

Oberarzt

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Vollzeitkräfte / Personen Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung Vollzeitkräfte / Personen Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung

Facharzt

Arzt in Weiterbildung

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Vollzeitkräfte / Personen Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung Vollzeitkräfte / Personen Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung

### 8.3 Statistische Angaben (der letzten 12 Monate)

#### stationär

Anzahl der Patienten \_\_\_\_\_  
 durchschnittliche Verweildauer \_\_\_\_\_ Tage  
 Belegung im Berichtsjahr \_\_\_\_\_ %  
 klinische Konsiliartätigkeit  ja  nein

#### ambulant

Anzahl der Patienten \_\_\_\_\_  
 Anzahl der Konsultationen \_\_\_\_\_

#### Institutsambulanzen

Anzahl der Patienten \_\_\_\_\_  
 Anzahl der Konsultationen \_\_\_\_\_

### 8.4 Bereiche und Betten

Bettenanzahl    Leiter

Rheumatologie  
 eigene IMC/Wachstation  ja  nein  
 Intensivmedizin  
 interdisziplinäre Intensivstation  ja  nein  
 eigene Intensivstation  ja  nein  
 Notfallaufnahme  ja  nein

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Welcher Stufe ist die Notaufnahme zugeordnet?

Stufe 1 - Basisversorgung     Stufe 2 - erweiterte Notfallversorgung     Stufe 3 - umfassende Notfallversorgung

weitere Abteilungen in Zusammenarbeit

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 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: fachspezifische Geräteliste
- Anlage 4: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- ggf. Praxisgrundriss
- ggf. Befürwortung des Chefarztes/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