

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Physikalische und Rehabilitative Medizin

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, Zusatz- bezeichnung	_____	seit _____
	_____	seit _____
	_____	seit _____
	_____	seit _____
Sonstiges (z. B. RöV, Ultraschall usw.)	_____	seit _____
	_____	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:

Einzelpraxis mit Zweigpraxis Sonstiges: _____
 Berufsausübungsgemeinschaft mit Zweigpraxis _____
 Medizinisches Versorgungszentrum 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
 Sicherung von Rotationen/Hospitationen ja nein
 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 Tabelle zum Punkt "Kognitive-und Methodenkompetenzen" des regulären Antrags Ihres Facharzt-/Teilgebiets-/Zusatz-Weiterbildung vollständig aus und fügen diese als Anlage bei.

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 Angaben zur Einrichtung

*Mehrfachantwort möglich

Ambulant*

Stationär*

mit akutstationärer Versorgung

mit Rehabilitationsklinik

Im Weiterbildungsverbund mit:

Konsiliartätigkeit

Teamintegrierte
Therapeuten

Benennung der Fachabteilungen

8.2.1 Akutkrankenhaus

Eigenständige Abteilung

z.B. nichtoperative Orthopädie

Anzahl der Betten

Fachliche Schwerpunkte

Ambulant/teilstationär

Indikationen

Frührehabilitation

Anzahl der Betten

Indikationen

Leitung

der Behandlungsabteilung

Anzahl der Mitarbeiter

8.2.2 Rehabilitationsklinik/Tagesklinik

Fachliche Schwerpunkte

Stationär

Indikationen

Anzahl der Betten

Ambulant/ teilstationär

Indikationen

Anzahl der Plätze

8.2.3 Facharztpraxis

Praxisschwerpunkte

Praxisbesonderheiten

8.3 Personelle Besetzung

8.3.1 Ärztinnen/Ärzte

gesamt	mit Facharztanerkennung	mit Anerkennung Schwerpunktbezeichnung
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
Vollzeitkräfte / Personen	Vollzeitkräfte / Personen	Vollzeitkräfte / Personen

8.3.2 Medizinisches Assistenzpersonal (Vollzeitkräfte)

gesamt davon _____

Pflegedienst _____

Physiotherapie _____

Ergotherapie _____

Sporttherapie _____

Massage _____

Psychologie _____

Logopädie _____

Sozialdienst _____

Weitere: _____

8.4 Statistische Angaben der letzten 12 Monate (Berichtszeitraum)

operativ _____

nichtoperativ _____

frührehabilitativ _____

AHB, Heilverfahren _____

BGSW _____

Komplexbehandlung (Komplexziffern des OPS, z. B. 8-918, 8-977, 8-563) _____

ambulante Behandlung im Quartal _____

ambulante Behandlung mit Ermächtigung am Krankenhaus im Quartal _____

weitere Behandlungsformen, z. B. EAP, IRENA _____

TOP 5 der DRG bzw. ICD 10

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

durchschnittliche Verweildauer bei klinischer Tätigkeit _____

8.5 Fachbezogene und spezifische Diagnostik und Therapie

8.5.1 Diagnostik

- Klinische und apparative Funktionsdiagnostik
Explizit bezüglich Bewegungssystem
- Manualmedizinische Untersuchung
- Sonographie Bewegungsapparat
- Stand- und Ganganalyse
- Kardiologisch/Leistungsdiagnostik
- EKG
- Belastungs-EKG
- Weitere _____
- Pulmologisch Lungenfunktion
- Neurologisch
- Orthopädisch
- Rheumatologisch
- Geriatrie
- Onkologisch
- Radiologische Diagnostik,
einschließlich radiologischer
Fallbesprechungen
- Einsatz von Assessments (interdisziplinär standardisiert) und Scores

- standardisierte Teambesprechungen _____
- Schmerzkonferenzen _____
- weitere _____
- Diagnostik und Einschätzung von psychosozialen und somatopsychischen Zusammenhängen
- Bewertung Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit, Weitere: _____
- Indikationsstellung, Verordnung, Steuerung, Dokumentation aller Therapien unter besonderer Berücksichtigung konservativer Verfahren
- Schmerzdiagnostik einschließlich psychometrischen Skalen

8.5.2 Therapieverfahren

	Ja	nein
Krankengymnastik (auf neurophysiologischer Basis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sporttherapie/MTT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie/Dysphagietherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagetherapie inkl. Lymphdrainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschalltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thermotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balneotherapie/Naturheilkundliche Therapiemaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.5.3 Rehabilitative Interventionen

Integration der Klassifikation von funktionellen Gesundheitsstörungen (ICF-Modell)

Nutzung ja nein

wenn ja, welche _____

Bereich medizinisch-berufliche Orientierung (MBO) ja nein

strukturierte Edukation ja nein

wenn ja, welche _____

sozialmedizinische Grundkompetenzen ja nein

8.6. Gutachten

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr _____ für: _____

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