

# Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzweiterbildung Sozialmedizin

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. Gutachter- tätigkeit)	_____	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

wenn ja, welche

---



---

### 5 Begehung von Einrichtungen

ja  nein

Bitte fügen Sie eine Liste der Einrichtungen 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

---

Können Sie eine Weiterbildung berufsbegleitend gewährleisten?  ja  nein

ja  nein

Bitte reichen Sie hierfür ein zusätzliches Weiterbildungsprogramm ein.

#### 8.1 Räumliche Voraussetzungen

Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer  ja  nein

ja  nein

ja  nein

Internetverbindung  ja  nein

ja  nein

ja  nein

#### 8.2 Ärztinnen/Ärzte

gesamt

mit Facharztanerkennung

mit Anerkennung Schwerpunktbezeichnung

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

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

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

### 8.3 Anzahl Fachkräfte (z. B. Psychologen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

angestellt

ja       nein

ja       nein

ja       nein

### 8.4 Leistungsbeurteilungen

Anzahl sozialmedizinischer Leistungsbeurteilungen

nach medizinischer Rehabilitation \_\_\_\_\_

nach beruflicher Rehabilitation \_\_\_\_\_

- im Auftrag der
- DRV
  - Versorgungsverwaltung
  - Arbeitsverwaltung
  - Sozialgerichtsbarkeit
  - BG
  - GKV

### 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: Liste der Einrichtungen
- Anlage 4: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- ggf. Gegliedertes Programm für die berufsbegleitende 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