

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzweiterbildung Sportmedizin

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:

- | | | |
|---|--|---|
| <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

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 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 Ärztinnen/Ärzte

gesamt

mit Facharztanerkennung

mit Anerkennung Schwerpunktbezeichnung

_____/_____
Vollzeitkräfte / Personen

_____/_____
Vollzeitkräfte / Personen

_____/_____
Vollzeitkräfte / Personen

8.3 Medizinisches Assistenzpersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger _____
 Krankengymnasten _____
 sonstiges Assistenzpersonal (z. B. Rö, EEG, EKG, Diät, Labor) _____
 Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte _____

8.4 Anzahl Fachkräfte (z. B. Psychologen)

_____ angestellt ja nein
 _____ ja nein
 _____ ja nein

8.5 Statistische Angaben der letzten 12 Monate

stationär

Anzahl der Patienten _____
 davon sportmedizinisch relevante Fälle _____
 durchschnittliche Verweildauer _____ Tage
 Belegung im Berichtsjahr _____ %
 klinische Konsiliartätigkeit ja
 Betreuung eines Vereins ja
 Abklärung belastungsabhängiger Beschwerden ja
 Trainingsberatung und Ableitung von Trainingsempfehlungen ja
 Anzahl (Spiro) Ergometrien pro Jahr _____

ambulant

Anzahl der Patienten _____
 davon sportmedizinisch relevante Fälle _____
 Anzahl der Konsultationen _____
 ja nein
 ja nein
 ja nein
 ja nein

8.6 zu betreuende Sportarten

Breiten-/Gesundheitssport Männer
 Leistungssport Senioren
 Behinderten-/Rehabilitationssport Weitere
 Kinder
 Jugendliche
 Frauen

8.6 Art der sportärztliche Betreuung

Erste Hilfe bei Sportverletzungen
 Sportärztliche Untersuchungen
 Sportmedizinische Aus- und Weiterbildung von Übungsleitern und Trainern
 Trainingsbetreuung
 Wettkampfbetreuung
 Vorsorgeuntersuchungen
 Sportmedizinische Information von Sportlern

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. 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