

**Erhebungsbogen zum Antrag**  
**auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis**  
**im Gebiet**

**Arbeitsmedizin**

---

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang von \_\_\_\_\_  
(Angabe in Monaten)

B. **ANGABEN ZUR PERSON:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

Arbeitsmedizin seit: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Anerkennungen (gemäß Weiterbildungsordnung):

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

niedergelassen in  Voll-  Teilzeittätigkeit als:

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für die beantragte Qualifikation zur Weiterbildung befugt?

Ja /  Nein

Falls Ja, bitte angeben:

Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_

Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

zeitlicher Umfang \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_

**C. ANGABEN ZUR PRAXIS / ARBEITSMEDIZINISCHE EINRICHTUNG:**

**1. Praxisform / Arbeitsmedizinische Einrichtung**

- Einzelpraxis  
 Gemeinschaftspraxis  
 Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_  
 Praxismgemeinschaft  
 Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_  
 ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung  
 z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft  
 Arbeitsmedizinisches Zentrum  
 Betriebsärztliche Abteilung einer Firma

**2. Räumliche Ausstattung**

Größe der Praxis in m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Gesamtzahl der Räume: \_\_\_\_\_

davon: \_\_\_\_\_ Behandlungsräume

\_\_\_\_\_ Funktionsräume

\_\_\_\_\_ sonstige Räume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten  Ja /  Nein

**3. Apparative Ausstattung der Praxis / Arbeitsmedizinischen Einrichtung:**

Bitte genaue Angaben zur apparativen Ausstattung als **ANLAGE 1** beifügen !

**4. Personelle Ausstattung (Bitte Anzahl angeben)**

a) Ärztinnen / Ärzte davon Fachärzte

davon

Vollzeit / Teilzeit

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

davon

Vollzeit / Teilzeit

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

b) Medizinisches Assistenzpersonal

	Medizinische Fachangestellte	MTA / MTRA	Krankenschwestern	Sonstige (bitte nennen)
Vollzeit:				

Teilzeit:

**5. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis / Arbeitsmedizinischen Einrichtung**Bitte auf **ANLAGE 4** vermerken.**6. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin**Bitte auf **ANLAGE 2** vermerken.**7. Möglichkeiten zur Fachinformation**Bitte auf **ANLAGE 3** vermerken.**D. PERSÖNLICHE UND FACHLICHE EIGNUNG:****8. Lehrtätigkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten 5 Jahren**

- Ja \*
- Nein

\* Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.**9. Vortragstätigkeit / Veröffentlichungen**Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.**10. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre**Bitte **Punktekontoauszug der Fortbildungsakademie** als **gesonderte ANLAGE** beifügen.**11. Teilnahme an Qualitätszirkeln:**

- Nein
- Ja (welche:)

---

---

---

**12. Beruflicher Werdegang**Bitte als **ANLAGE 4** beifügen.**13. Strukturierter Weiterbildungsplan**Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

**14. Wie wird die Weiterbildung – unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 2 – dokumentiert?**

- in Form des Logbuches
- in Form eines eigenen Dokumentationssystems

**15. Wie kann die gemäß Weiterbildungsordnung (§ 5 Abs. 3) geforderte ganztägige Anleitung gewährleistet werden, falls Sie an verschiedenen Standorten tätig sind?**

- Meine telefonische / elektronische Erreichbarkeit ist während der Dienstzeit gewährleistet.
- Es finden regelmäßig Supervisionen mindestens 1-mal in der Woche statt.
- Ein weiterer Facharzt / Ltd. Werksarzt ist am Standort tätig.

Name: \_\_\_\_\_

Hamburg, den: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

**ANLAGE 1****Apparative Ausstattung der Praxis /  
Arbeitsmedizinischen Einrichtung**

<b>Untersuchungsgeräte</b>	<b>Gerätetyp</b>
Hörtest / Hörkabine	
Sehtest / Perimeter / Nyktometer	
Reaktionstestgerät	
Lungenfunktion	
EKG / Ergometrie	
Sonstige:	

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

## **ANLAGE 2**

### **Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten des/der Antragstellers/-stellerin**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

**ANLAGE 3****Möglichkeiten zur Fachinformation**1) Angaben zur Bibliothek:

Ihre Angaben beziehen sich auf

 Online-Medien  vor Ort einsehbare Medien

Fachzeitschriften des Gebietes, und zwar

International anerkannte Fachzeitschrift: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Fachbücher des Gebietes, und zwar

---

---

---

---

---

2) Zugang zu Datennetzen: Ja  Nein

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin





<b>Vorsorgen/Eignungsfeststellungen</b>

**ZUSAMMENARBEIT MIT FOLGENDEN FACHÄRZTEN**

- Labor       Röntgen       Augenarzt       Sonstige

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin