

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 m²: _____

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	Kranken- schwestern	Sonstige (bitte nennen)
Vollzeit:				

Teilzeit:

5. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis / Arbeitsmedizinischen EinrichtungBitte 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 WerdegangBitte 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 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

