

PRAXIS

Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis

Facharzt für Innere Medizin und
Gastroenterologie

- bezogen auf den speziellen Abschnitt der Weiterbildung -

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.: _____

Kassenarztnummer: _____

Privatanschrift: _____

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

Innere Medizin seit: _____

Innere Medizin und SP Gastroenterologie seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

Gastroenterologie 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:

1. Praxisform

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis

Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____

Praxismgemeinschaft

Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)¹

Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____

ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung

z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft

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:

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

4. Personelle Ausstattung (Bitte Anzahl angeben)

a) Ärztinnen / Ärzte

davon Fachärzte

davon

davon

Vollzeit / Teilzeit

Vollzeit / Teilzeit

_____/_____

_____/_____

b) Medizinisches Assistenzpersonal

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

¹ Bei der Tätigkeit in einem MVZ muss sichergestellt werden, dass der zur Weiterbildung befugte Arzt in jedem Fall weisungsbefugt gegenüber dem Weiterbildungsassistenten ist. Bitte fügen Sie diesem Antrag eine entsprechende Bestätigung als gesonderte **ANLAGE** bei.

5. Umfang der PatientenversorgungDurchschnittliche Fallzahl pro Quartal:**DER EINZELPRAXIS**

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

davon entf. a. d. Antragsteller/ stellerin

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis

Bitte fügen Sie eine aktuelle **Einzelleistungs-Statistik** der **Honorarabrechnung** der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bei !

7. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin

Bitte auf **ANLAGE 2** vermerken.

8. Möglichkeiten zur Fachinformation

Bitte auf **ANLAGE 3** vermerken.

D. PERSÖNLICHE UND FACHLICHE EIGNUNG:**9. Lehrtätigkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten 5 Jahren** Ja * Nein

* 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

E. BELEGARZTTÄTIGKEIT / KONSILIARTÄTIGKEIT / HEIMARZTTÄTIGKEIT:

- Nein
- Ja

Name des Krankenhauses / des Heimes:

_____ Bettenzahl
_____ Behandlungsfälle pro Jahr
_____ Zeitlicher Umfang der beleg-/konsiliarärztlichen Tätigkeit
(Bitte Prozentsatz der Gesamtarbeitszeit angeben)

F. ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFGENOSSENSCHAFT:

- Nein
- Ja

Hamburg, den: _____

Unterschrift/Stempel
des/der Antragstellers/-stellerin

ANLAGE 2

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden	Richtzahl	vermittelte Anzahl
Duplex-Sonographien der abdominellen und retroperitonealen Gefäße	200	
Endosonographien	50	
Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, davon therapeutisch	300 50	
Endoskopisch Retrograde Cholangio-Pankreatikographie, davon therapeutisch einschl. Erfahrung in perkutanen Techniken (PTCD)	150 50	
Instestinoskopie	Basisk.	
Koloskopie, davon Polypektomien	300 50	
Proktoskopien	50	
Interventionelle Maßnahmen im oberen und unteren Verdauungstrakt einschl. endoskopische Blutstillung, Varizen-therapie, Thermo- und Laserkoagulation, Stent- und Endoprothesenimplantation, Polypektomie	Basisk.	
Mitwirkung bei Laparoskopien einschließlich Minilaparoskopien	25	
sonographisch gesteuerte interventionelle Verfahren an gastrointestinalen Organen einschl. Leberpunktionen	Basisk.	
manometrische Untersuchungen des oberen und unteren Verdauungstraktes	Basisk.	
Funktionsprüfungen, z.B. Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus, H ₂ -Atemteste, C13-Atemteste, davon pH-Metrie	25	
Mikroskopischer Nachweis von Protozoen (Lamblien, Amöben) oder Würmern/Wurmeiern im Stuhl oder Duodenalsaft	Basisk.	
abgeschlossene und dokumentierte zytostatische Therapien	Inhalte der Zusatz-WB „Med. Tumor-therapie“	

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

ANLAGE 4

Beruflicher Werdegang

1. Ärztliche Ausbildung

2. AiP-Ausbildung

3. Fachärztliche Weiterbildung

4. Zusatzqualifizierungen

5. Ärztliche Tätigkeiten im Ausland

6. Forschung und Lehre
(ggf. Liste der Publikationen beifügen)

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin