

**Praxis**

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

**Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie**

**- 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 Schwerpunkt Pneumologie“ seit: \_\_\_\_\_

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung  
Schwerpunkt Pneumologie 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 \_\_\_\_\_  
 Praxisgemeinschaft  
 Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_  
 Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)<sup>1</sup>  
 Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_  
 ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung  
 z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft

#### 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:

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:				

<sup>1</sup> Bei einer Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum 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 Patientenversorgung**Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal:**DER EINZELPRAXIS**

Kassenpatienten: \_\_\_\_\_

Privatpatienten: \_\_\_\_\_

**DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS**

davon entf. a. d. Antragsteller/ stellerin

Kassenpatienten: \_\_\_\_\_

Privatpatienten: \_\_\_\_\_

**6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis**

Bitte vermerken Sie auf **ANLAGE 2** den Leistungsumfang Ihrer Praxis und fügen eine aktuelle Einzelleistungs-Statistik der Honorarabrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bei.

**7. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin**

Bitte auf **ANLAGE 3** vermerken.

**8. Möglichkeiten zur Fachinformation**

Bitte auf **ANLAGE 4** 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 5** 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/derAntragstellers/-stellerin

**ANLAGE 1****Apparative Ausstattung der Praxis**

Methoden / Untersuchungsverfahren	Gerätetyp

Enge Kooperation mit stationärer Einrichtung  Ja  Nein  
Falls ja, bitte nennen:

---

---

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

**ANLAGE 2****Leistungsspektrum der Praxis**

<b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>	<b>Leistungs- zahl pro Jahr</b>	<b>vermittelte Richtzahlen pro Jahr</b>
sonographische Diagnostik von Lunge, Pleura und Thoraxstrukturen, des rechten Herzens und des Lungenkreislaufes sowie transoesophageale Untersuchungen des Mediastinums und transbronchiale Untersuchungen der Lunge	100	
flexible Bronchoskopie, davon	100	
einschließlich broncho-alveolärer Lavage	25	
sowie sämtlicher Biopsietechniken	25	
Pleuradrainage und Pleurodese sowie Durchführung von perthorakalen Punktionen von Lunge oder pulmonalen Raumforderungen	50	
Mitwirkung bei Thorakoskopien und bei Bronchoskopien mit starrem Instrumentarium bei interventionellen Verfahren	25	
Funktionsuntersuchungen der Atmungsorgane, davon		
Ganzkörperplethysmographien	250	
Bestimmungen des CO-Transfer-Faktors	100	
Untersuchungen von Atempump-Funktion und Atemmechanik	100	
Unspezifische Hyperreagibilitätstestung der unteren Atemwege	50	
Blutgase und Säure-Basen-Haushalt im arteriellen Blut	250	
Belastungsuntersuchungen einschließlich Spiro-Ergometrie	100	
unspezifische und allergenvermittelte Provokations- und Karentests einschließlich epikutaner, kutaner, intrakutaner und inhalativer Tests einschließlich Erstellung eines Therapieplans	200	
Hyposensibilisierung	25	
Mitwirkung bei Untersuchungen des Lungenkreislaufs einschließlich Rechtsherzkatheter	10	
Inhalationstherapie	200	
Sauerstofflangzeittherapie	50	
Beatmungstherapie einschließlich der Heimbeatmung	25	
zytostatische, immunmodulatorische, antihormonelle sowie supportive Therapiezyklen bei soliden Tumorerkrankungen der Facharztkompetenz einschließlich der Beherrschung auftretender Komplikationen	500	
Chemotherapiezyklen einschließlich nachfolgender Überwachung	300	

---

Unterschrift/Stempel  
des/der Antragstellers/-stellerin

## **ANLAGE 3**

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

**ANLAGE 4****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 5**

### **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