

Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis im Gebiet

Haut- und Geschlechtskrankheiten

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 Haut- und Geschlechtskrankheiten:
seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen (gemäß Weiterbildungsordnung):

_____ seit: _____
_____ seit: _____
_____ seit: _____

niedergelassen in Voll- Teilzeittätigkeit als:

Facharzt/Fachärztin für Haut- u. Geschlechtskrankheiten:

_____ 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)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:				

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.

Teilzeit:

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

7. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerinBitte 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/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 1**FACHSPEZIFISCHE AUSSTATTUNG DER PRAXIS:**

Methoden / Untersuchungsverfahren	Gerätetyp
Allergiebehandlung:	
Allergietestung:	
ambulantes Operieren:	OP-Raum abgenommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andrologie:	
Bakteriologie:	
Balneotherapie:	
Bestrahlungstherapie / UV:	
Gutachtertätigkeit -BG:	
Histologie:	
Lasertherapie:	
Mykologie:	
Phlebologie:	
Proktologie:	

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 2**ANGABEN ZU DEN FACHLICHEN SCHWERPUNKTEN / LEISTUNGSSPEKTRUM:**

LEISTUNGSSPEKTRUM	JA	NEIN
Allergiebehandlung:		
Allergietestung: - alle Testungen incl. Provokation - Hyposensibilisierung u.a. therap. Verfahren		
ambulantes Operieren einschl. großer Verschiebeplastik		
Andrologie:		
Bakteriologie:		
Balneotherapie:		
UV-Therapie: A + B inkl. des Einsatzes von Lichtsensibilisatoren		
Gutachtertätigkeit -BG:		
Histologie:		
Lasertherapie:		
Mykologie: Teilnahme an Ringversuchen		
Phlebologie:		
Proktologie:		
Psychotherapie:		
Umweltmedizin:		

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