

**Erhebungsbogen zum Antrag  
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis für  
die Zusatz-Weiterbildung**

**Homöopathie**

---

**A. UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird eine Weiterbildungsbefugnis für

- die 6-monatige Weiterbildung in der Praxis (gemäß Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 21.02.2005 i.d.F. vom 22.08.2005)
- 100 Stunden Fallseminare <sup>1 2</sup>

**B. ANGABEN ZUR PERSON:**

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

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

Kassenarztnummer: \_\_\_\_\_

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

niedergelassen in  Voll-  Teilzeittätigkeit als:

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

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

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

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

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

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

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

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

---

<sup>1</sup> Bei der Beantragung einer Befugnis für die Fallseminare bzw. Kurse müssen die Fragen, die sich auf die Praxis des Antragsstellers beziehen, nicht beantwortet werden.

<sup>2</sup> Die Fallseminare orientieren sich inhaltlich an dem Muster-Kursbuch.

Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für eine 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>3</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:				

<sup>3</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.

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 folgende Unterlagen bei:

- anonymisierte Privatliquidationen über homöopathische Fälle (jeweils 5 aus zwei Quartalen)
- eine Diagnosestatistik über homöopathische Behandlungen über 6 Monate (Anzahl der Patienten und die Diagnosen in Tabellenform)
- Dokumentation von 5 chronischen und 5 akuten Fälle

## 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. Homöopathische Fortbildungsnachweise der letzten 3 bzw. 5 Jahre <sup>4</sup>

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

### 11. Teilnahme an Qualitätszirkeln:

Nein

Ja (welche:)

\_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Drei Jahre für Antragsteller, die die Anerkennung der Zusatz-Weiterbildung Homöopathie gemäß WBO vom 01.04.1996 i.d.F. vom 07.05.2001 erhalten haben. Fünf Jahre für Antragsteller, die die Anerkennung gemäß WBO vom 21.02.2005 i.d.F. vom 22.08.2005 erhalten haben.

---

---

## 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****Apparative Ausstattung der Praxis**

<b>Methoden / Untersuchungsverfahren</b>	<b>Gerätetyp</b>

---

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

---

---

---

---

---

---

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