

PRAXIS

**Erhebungsbogen zum Antrag**  
**auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis für**  
**Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

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

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

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

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

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

niedergelassen in  Voll-  Teilzeittätigkeit als:

Facharzt / Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie 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** **davon**

Vollzeit / Teilzeit Vollzeit / Teilzeit

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

b) Medizinisches Assistenzpersonal

|                  | Medizinische Fachangestellte | MTA / MTRA | Krankenschwestern | Sonstige (bitte nennen) |
|------------------|------------------------------|------------|-------------------|-------------------------|
| <b>Vollzeit:</b> |                              |            |                   |                         |
| <b>Teilzeit:</b> |                              |            |                   |                         |

<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 auf **ANLAGE 2** vermerken.**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 2****Leistungsspektrum der Praxis**

| <b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>  | <b>Richtzahl<br/>WBO</b> | <b>Vermittelte<br/>Zahlen pro<br/>Jahr</b> |
|--|--------------------------|--|
| sonographische Untersuchungen der Gesichts- und Halsweichteile sowie der Nasennebenhöhlen und Doppler-/ Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße    | 200                      |  |
| Lokal- und Regionalanästhesie  | 50                       |  |
| Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung   | 50                       |  |
| Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial   | BK                       |  |
| Tracheotomien  | 10                       |  |
| operative Eingriffe in der   |                          |  |
| dentoalveolären Chirurgie,<br>z. B. Wurzelspitzenresektionen, parodontalchirurgische Maßnahmen   | 200                      |  |
| septischen Chirurgie,<br>z. B. Kieferhöhlenoperationen,<br>Speichelsteinentfernungen   | 100                      |  |
| Chirurgie bei Verletzungen,<br>z. B. operative Versorgung von kombinierten Weichteil-<br>und Knochenverletzungen   | 100                      |  |
| Fehlbildungschirurgie,<br>z. B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Operationen  | 10                       |  |
| kieferorthopädischen und Kiefergelenkschirurgie,<br>z. B. Osteotomien bei skelettalen Dysgnathien  | 10                       |  |
| präprothetischen Chirurgie,<br>z. B. Mundvorhofplastik, enossale Implantationen  | 25                       |  |
| Tumorchirurgie,<br>z. B. Probeexzisionen, Tumorresektionen   | 50                       |  |
| Chirurgie an peripheren Gesichtsnerven,<br>z. B. Dekompressionen, Nerven-Verlagerungen   | 10                       |  |
| plastischen und Wiederherstellungschirurgie,<br>z. B. Umschneidung von Fern- und Nahlappen,<br>Überpflanzung von Haut, Knochen und Knorpel                                 | 125                      |  |
| sonstige Eingriffe im Zusammenhang mit Mund-Kiefer und Gesichtsoptionen,<br>z. B. mikrochirurgische Transplantationen einschließlich des Präparierens von Gefäßanschlüssen | 10                       |  |
| lasergestützten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren  | 20                       |  |

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-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