

P R A X I S

Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis für

Phlebologie

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Berechtigung 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:

_____ seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

_____ seit: _____

_____ seit: _____

_____ seit: _____

niedergelassen in Voll- Teilzeittätigkeit als:

_____ seit: _____

Sind / 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)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

Vollzeit / Teilzeit

_____/____

davon

Vollzeit / Teilzeit

_____/____

b) Medizinisches Assistenzpersonal

	Medizinische Fachangestellte	MTA / MTRA	Krankenschwestern	Sonstige
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 Patientenversorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal:

Der Einzelpraxis:

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

Der Gemeinschaftspraxis:

davon entfallen a.d. Antragsteller/in

Kassenpatienten: _____

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

Privatpatienten: _____

6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis

Bitte fügen Sie eine aktuelle **Einzelleistungsstatistik** 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

Nein

Ja *

* Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen

10. Fortbildungsnachweise 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. Strukturierten Weiterbildungsplan

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen

14. Wie wird die Weiterbildung dokumentiert?

- in form eines 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)

ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFGENOSSENSCHAFT:

- Nein**
- Ja**

Hamburg, den: _____

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 1

Apparative Ausstattung der Praxis

Methoden / Untersuchungsverfahren	NEIN	JA	Gerätetyp
Unidirektionales-Doppler-Sonographie-Gerät			
Bidirektionales-Doppler-Sonographie-Gerät mit Schreibereinrichtung			
Sonographie-Gerät			
Duplexsonographie-Gerät			
Photoplethysmographie-Gerät / Licht-Reflexions-Rheographie-Gerät			
Venenverschlußplethysmographie-Gerät			
Phlebodynamometrie-Gerät			
Sonstiges (z.B. Apparative intermittierende Kompression in Kombination mit manueller Lymphdrainage)			

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 2

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

1. Art der durchgeführten Operationen

2. Vorliegen einer KV-Ermächtigung zur Ausführung von Leistungen in der Doppler-Sonographie der peripheren Arterien und Venen

3. Angabe der konservativen Methoden

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

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