



KLINIK/  
PRAXIS

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

**Rehabilitationswesen**

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang von \_\_\_\_\_  
**(Angabe in Monaten)**

B. **ALLGEMEINES**

Name und Anschrift der Weiterbildungsstätte (Sozialleistungsträger, Reha-  
Einrichtung):

\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Antragstellers

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

Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

C. **DIENSTSTELLUNG DES ANTRAGSTELLERS**

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

Dienstbezeichnung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Facharztanerkennung

für \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

für \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Genehmigung zum Führen der Zusatzbezeichnung:

**Rehabilitationswesen** seit \_\_\_\_\_

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

D. **ANGABEN ZUM TÄTIGKEITSBEREICH / ART DER REHABILITATIONSMEDIZINISCHEN TÄTIGKEIT (BITTE DETAILLIERT UNTER BESONDERER BEACHTUNG DER DURCHGEFÜHRTEN REHABILITATIONSMEDIZINISCHEN MAßNAHMEN BESCHREIBEN - GGF. ANLAGE)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

D. 1 **STRUKTURIERTER WEITERBILDUNGSPLAN**

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

D. 2 **Wie wird die Weiterbildung – unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 2 - dokumentiert ?**

- in Form des Logbuches
- in Form eines eigenen Dokumentationssystems

E. **ART DER BETREUTEN INSTITUTIONEN (GGF. ANLAGE)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Zuständige Sozialleistungsträger / Rehabilitationsträger

.....  
.....  
.....  
.....

**Nur für Vertragshäuser:**

Welcher Rehabilitationsträger ist für Ihre Institution federführend ?

.....  
.....  
.....  
.....

Anzahl der von Sozialleistungsträgern belegten Betten: .....

**Nur für Reha-Einrichtungen:**

Betten / Behandlungsplätze: .....

Anzahl der Patienten/Rehabilitanten pro Jahr .....

**Formaler Status:** Sanatorium \* / Kurklinik \* / Fach- bzw. Schwerpunktlinik \*

Sonstige: .....

**F. PERSONELLE BESETZUNG DER WEITERBILDUNGSSTÄTTE**

**1. Zahl der Ärzte**

Nachgeordnete Ärzte (Soll / Ist): ...../.....

mit Facharzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin ...../.....

mit Facharztbezeichnung (welche): ...../.....

mit Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen ...../.....

Sonstige: ...../.....

**1. Angehörige anderer Gesundheitsberufe:**

Krankenschwestern / Pfleger _____	Schwesternhelfer/-innen _____
Physiotherapeuten / Krankengymnasten _____	Praktikanten _____
Masseure _____	Praktikanten _____
Ergotherapeuten _____	Logopäden _____
Musiktherapeuten _____	
Klin. Psychologen _____	Neuropsychologen _____
Weiteres med. Assistenzpersonal:	

---

**G. AUSSTATTUNG DER WEITERBILDUNGSSTÄTTE  
(HINSICHTLICH REHABILITATIONSWESEN)**

Rehabilitationsmedizinische Dokumentation und Statistik	ja / nein
Medizinisch-Klinisches Labor	ja / nein
Röntgeneinrichtung	ja / nein
Lungen- und Kreislauffunktionslabor	ja / nein
andere Funktionslabors (z.B. Audiometrie, Sehprüfung, Gangschule)	ja / nein
wenn ja, welche	

.....

.....

.....

**H. ART UND UMFANG DER REHABILITATIONSMEDIZINISCHEN TÄTIGKEIT**

**1. Bei Tätigkeit in der medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitation**

**1.1 Hauptindikation / Therapieformen**

**2. Fortbildung / Qualitätssicherung**

**Werden Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt ?** ja / nein

Wenn ja

- interne:

.....

.....

- externe:

.....

.....

**Welche Qualitätssicherungsmaßnahmen werden durchgeführt ?**

.....  
.....

### 3. Zeitlicher Anteil der Gutachtertätigkeit

a. Anzahl der an der Dienststelle insgesamt erstellten Gutachten pro Jahr.....  
(einschließlich genehmigter Nebentätigkeit), davon (in %)

aufgrund körperlicher Untersuchung .....%

nach Aktenlage .....%

b. geschätzter Anteil von (in %)

Formulargutachten .....%

freien Gutachten .....%

c. Für welchen Sozialleistungsträger werden Sie tätig ?

Gesetzliche Krankenversicherung (    %) / Gesetzliche Rentenversicherung (    %)

Versorgungsverwaltung (            %) / Arbeitsverwaltung (            %) / Sozialgerichtsbarkeit (    %)

Berufsgenossenschaften (    %) / Verwaltungsgerichte (    %) / sonstige (    %)

#### I. ANGABEN ZUR PRAXISTÄTIGKEIT

##### 1. Praxisform

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis

Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_

Praxismgemeinschaft

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: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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.

davon: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Behandlungsräume  
 Funktionsräume  
 sonstige Räume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten  Ja /  Nein

**4. Personelle Ausstattung (Bitte Anzahl angeben)**

a) Ärztinnen / Ärzte davon Fachärzte

\_\_\_\_\_ davon \_\_\_\_\_  
Vollzeit / Teilzeit Vollzeit / Teilzeit  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

b) Medizinisches Assistenzpersonal

	Medizinische Fachangestellte	MTA / MTRA	Krankenschwestern	Sonstige (bitte nennen)
Vollzeit:				
Teilzeit:				

Hamburg, den: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Unterschrift / Stempel des/der Antragstellers/-stellerin)

## ANLAGE 1

### Apparative Ausstattung der Praxis / Einrichtung

Untersuchungsgeräte	Gerätetyp

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

## **ANLAGE 2**

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

1.

2.

3.

4.

5.

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin



## ANLAGE 3

### Möglichkeiten zur Fachinformation

1) Angaben zur Handbibliothek:

Fachzeitschriften-Abonnements für die Sportmedizin und zwar

---

---

---

---

---

---

Fachbücher für die Sportmedizin 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