



P R A X I S

**Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis
im Gebiet**

Urologie

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang von _____
(Angabe in Monaten)

B. **PERSÖNLICHE ANGABEN:**

Name: _____ Vorname: _____ geb.am: _____

Praxisanschrift: _____ Tel.: _____

Kassenarztnummer: _____

Privatanschrift: _____

niedergelassen in Voll- Teilzeittätigkeit als:

Facharzt/Fachärztin für Urologie seit: _____

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für

Urologie seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

_____ seit: _____

_____ seit: _____

_____ 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 _____

Praxismgemeinschaft

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 fachspezifischen, räumlichen und 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

	Med. Fach- angestellte	MTA / MTRA	Kranken- schwestern	Sonstige (bitte nennen)
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 entf. a.d.Antragsteller/In

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

6. Angaben zum Leistungsspektrum

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

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 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)

F. ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFSGENOSSENSCHAFT:

- Nein
- Ja

Hamburg, den _____

Unterschrift / Stempel
des/der Antragstellers/-stellerin

ANLAGE 1 + 2**ANLAGE 1****FACHSPEZIFISCHE AUSSTATTUNG DER PRAXIS:**

Methoden / Untersuchungsverfahren	Gerätetyp
Labor:	
Röntgen:	
Sonographie:	
EKG / Ergometrie:	
Endoskopie:	
Zytologie:	
Physikalische Therapie:	
EEG:	

ANLAGE 2**FACHLICHE SCHWERPUNKTE:**

Behandlungs- und Untersuchungsmethoden	Anzahl
urodynamische Untersuchungen:	
Sonographien:	
bakteriologische Untersuchungen:	
onkologische Patientenbetreuung:	

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