

Antrag auf Zulassung zur Prüfung

gemäß Übergangsbestimmungen in § 20 Absatz 4 WBO 2020

Erlangung der Zusatz-Weiterbildung Immunologie

Antragstellerin/Antragsteller:

Vorname: _____ Name: _____
Geb.-Name: _____ Staatsangeh.: _____
Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____
Geschlecht: männlich weiblich divers

Privatanschrift:

Telefon: _____ E-Mail: _____

Aktueller Tätigkeitsort:

Telefon : _____ E-Mail: _____

Für die Prüfungsplanung:

Der Erwerb der o.a. Bezeichnung setzt eine erfolgreiche mündliche Prüfung voraus.

Für unsere weitere Planung benötigen wir eine Angabe von Ihnen, welcher Prüfungszeitraum für Sie **nicht** in Frage kommt (bitte ankreuzen). Nach erfolgter Zulassung zur Prüfung, werden wir Ihnen – unter Berücksichtigung Ihrer nachstehenden Angaben – einen Prüfungstermin vorschlagen.

- Ich möchte keinen Prüfungstermin vor dem: _____
 Ich möchte keinen Prüfungstermin im Monat: _____

Wird von der Ärztekammer ausgefüllt:

Antragsübermittlung persönlich per Post || Anfertigung von _____ Kopien / Hz./Datum: _____

Promotionsurkunde (sofern noch nicht vorgelegt) an ÄV weitergeleitet

1. Voraussetzungen zum Erwerb der Bezeichnung:

- Facharztanerkennung

2. Nachzuweisende Tätigkeit(en) gemäß § 20 Abs. 4 WBO 20:

Gemäß § 20 Abs. 4 WBO 20 muss nachgewiesen werden, dass durch eine regelmäßige Tätigkeit umfassende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben wurden, die den Mindestanforderungen und der Mindestdauer der Weiterbildung (hier: 12 Monate) entsprechen.

Bitte listen Sie Ihre entsprechenden Tätigkeiten bzw. Zeiten in der Tabelle auf Seite 3 auf und reichen Sie darüber hinaus einen Lebenslauf mit beruflichem Werdegang ein.

Mit dem Antrag sind ferner umfassende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten nachzuweisen, diese können Sie der angefügten Aufstellung der inhaltlichen Voraussetzungen für die ZWB Immunologie (Seite 4) entnehmen.

Als geeignete Nachweise für den Antrag auf Zulassung zur Prüfung kommen folgende Unterlagen in Betracht (bitte ankreuzen und als ANLAGEN beifügen):

- Zeugnisse und/oder andere Tätigkeitsbescheinigungen
- Arbeitsverträge
- Abrechnungsunterlagen/-statistiken
- ggf. Kursnachweise
- ggf. bereits erworbene Zertifikate

HINWEIS:

Das Antragsformular muss im Original unterschrieben vorgelegt werden. Die Anlagen sind im Original oder als beglaubigte Kopie einzureichen.

Hiermit erkläre ich, dass (bitte ankreuzen)

- ich zum Zeitpunkt der Prüfung Mitglied der Ärztekammer Hamburg sein werde
- zu der beantragten Bezeichnung kein Anerkennungsverfahren bei einer anderen Ärztekammer anhängig ist oder war
- sämtliche Korrespondenz, die im Zusammenhang mit meinem Antrag zu führen ist, per E-Mail erfolgen kann

Datum: _____

Unterschrift: _____

Auflistung der Tätigkeiten in der Zusatz-Weiterbildung Immunologie

Zeitraum	Name der Weiterbildungsstätte (Klinik / Praxis / sonstige Einrichtung)	Angaben zu Ihrer Tätigkeit bzw. d.h. ausgeübte Funktion <small>(bitte ankreuzen)</small>	ggf. Klinik / Abteilung und Name der Anleiterin / des Anleiters	Tätigkeitsumfang	Zeit in Monaten
von		<input type="radio"/> Funktionsoberärztin/-arzt <input type="radio"/> Oberärztin/-arzt <input type="radio"/> Leitende Ärztin/Arzt <input type="radio"/> Sonstige	Klinik / Abteilung: Name:	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
von		<input type="radio"/> Funktionsoberärztin/-arzt <input type="radio"/> Oberärztin/-arzt <input type="radio"/> Leitende Ärztin/Arzt <input type="radio"/> Sonstige	Klinik / Abteilung: Name:	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
von		<input type="radio"/> Funktionsoberärztin/-arzt <input type="radio"/> Oberärztin/-arzt <input type="radio"/> Leitende Ärztin/Arzt <input type="radio"/> Sonstige	Klinik / Abteilung: Name:	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
von		<input type="radio"/> Funktionsoberärztin/-arzt <input type="radio"/> Oberärztin/-arzt <input type="radio"/> Leitende Ärztin/Arzt <input type="radio"/> Sonstige	Klinik / Abteilung: Name:	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
von		<input type="radio"/> Funktionsoberärztin/-arzt <input type="radio"/> Oberärztin/-arzt <input type="radio"/> Leitende Ärztin/Arzt <input type="radio"/> Sonstige	Klinik / Abteilung: Name:	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
von		<input type="radio"/> Funktionsoberärztin/-arzt <input type="radio"/> Oberärztin/-arzt <input type="radio"/> Leitende Ärztin/Arzt <input type="radio"/> Sonstige	Klinik / Abteilung: Name:	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	

Auszug eLogbuch

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Immunologie		
Wesentliche Gesetze und Richtlinien, z. B. Medizinproduktegesetz, Infektionsschutzgesetz, Transfusionsgesetz, STIKO-Richtlinien		
Grundlagen des adaptiven und angeborenen Immunsystems		
Angeborene und erworbene Immundefekt- und Immundysregulations-Syndrome		
Immunologische Folgen von Frühgeburtlichkeit und Seneszenz		
Auswirkungen immunologischer Störungen auf Impfantworten		
Über-, Unter- und Fehlreaktionen des Immunsystems, z. B. Autoimmunität, Allergie, Autoinflammation		
Grundlagen der allogenen und autologen Organ- und Stammzelltransplantation, akuten und chronischen Abstoßung, Graft versus Host-Disease		
Diagnostische Verfahren		
Zielstrukturen für diagnostische Methoden, z. B. Immunglobuline		
Differentialdiagnose von Allergien		
	Durchführung von serologischen, zellulären, genetischen, funktionellen diagnostischen Verfahren zur Abklärung von pathologischen Entzündungsreaktionen, Immundefekten und Immundysregulations-Syndromen, z. B. Hämophagozytose-Syndrom, Autoimmunproliferatives Syndrom, Late-onset kombinierte Immundefekte, autoinflammatorische Syndrome	100
	Durchführung der Diagnostik von Autoimmunopathien	100
Therapeutische Verfahren		
	Beratung zum Erkrankungsrisiko sowie Indikationsstellung zur Behandlung von pathologischen Entzündungsreaktionen, Immundefekten und Immundysregulations-Syndromen	
Prophylaktische und therapeutische Interventionen, z. B. Impfstoffe, Antikörper, Zellpopulationen, Zytokine, Signaltransduktionsmoleküle, Gene		
	Durchführung von prophylaktischen und immuntherapeutischen Verfahren, z. B. Impfungen, Einsatz von Immunsuppressiva und Immunstimulanzien, Biologika, Immunglobulin-Therapie zum Antikörperersatz und zur Immunmodulation, Plasmapherese und Leukapherese, Stammzelltransplantation, spezifische Zell- und Gentherapie	50
	Erhebung des Impfstatus nach immunsuppressiver Therapie	