

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Physikalische und Rehabilitative Medizin

Weiterbildungsbefugnis beantragt ab: _____

1 Angaben zum Antragsteller

Bitte fügen Sie dem Antrag Ihren beruflichen Werdegang als Anlage bei!

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Geburtsort: _____

Dienststellung: Chefarzt seit _____
Oberarzt/Leitender Arzt * seit _____
fachlicher Vertreter des Weiterbildungsbefugten _____

Praxisinhaber seit _____

angestellter Arzt in der Praxis * seit _____

* Bitte Befürwortung des Chefarztes/Praxisinhabers zur Weiterbildungsbefugnis beifügen

Können Sie eine Weiterbildung in Vollzeit gewährleisten? ja nein

wenn nein, bitte Angabe der Teilzeit in h/Woche: _____

Qualifikationen: Facharzt _____ seit _____
_____ seit _____
Schwerpunkt, Zusatz- _____ seit _____
bezeichnung _____ seit _____
_____ seit _____
_____ seit _____
Sonstiges _____ seit _____
(z. B. RöV, _____ seit _____
Ultraschall _____ seit _____
usw. _____ seit _____

2 Standort der Weiterbildungsstätte

Bitte benennen Sie alle Klinik- oder Praxisstandorte, an denen Sie die Weiterbildung durchführen (ggf. zusätzliche Seite einfügen).

Einrichtung _____

Abteilung: _____

Anschrift: _____

Versorgungsstufe: _____

zusätzliche Angaben für den ambulanten Bereich:

Einzelpraxis mit Zweigpraxis Sonstiges: _____
 Berufsausübungsgemeinschaft mit Zweigpraxis _____
 Medizinisches Versorgungszentrum mit Zweigpraxis _____

Bitte fügen Sie einen Grundriss der Praxis (Skizze) als Anlage bei.

3 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen ja nein
wenn ja, welche intern extern

4 Fort- und Weiterbildung

regelmäßige Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen ja nein
 Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen ja nein
 Fallbesprechungen ja nein
 Sicherung von Rotationen/Hospitationen ja nein
 wenn ja, welche

5 Technische Ausstattung

Bitte fügen Sie eine fachspezifische Geräteliste als Anlage bei.

6 Gegliedertes Programm für die Weiterbildung

Das Weiterbildungsprogramm ist die individuelle Umsetzung der gemäß Weiterbildungsordnung geforderten Weiterbildungsinhalte in einen konkreten internen Ablaufplan für den Arzt in Weiterbildung in seiner Weiterbildungsstätte. In welchen Weiterbildungsabschnitten werden welche Weiterbildungsinhalte unter Ihrer Leitung dem Arzt in Weiterbildung vermittelt? Dieses gegliederte Programm ist dem Arzt in Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 6 der WBO auszuhändigen und diesem Antrag beizufügen.

7 Kognitive und Methodenkompetenzen/Handlungskompetenzen

Zur Beurteilung Ihres Antrages ist es erforderlich, die tatsächlich an Ihrer Weiterbildungsstätte vermittelbaren Kompetenzen nach der WBO 2020 zu erfassen. Bitte füllen Sie daher die Tabelle zum Punkt "Kognitive-und Methodenkompetenzen" des regulären Antrags Ihres Facharzt-/Teilgebiets-/Zusatz-Weiterbildung vollständig aus und fügen diese als Anlage bei.

8 Beschreibung der Weiterbildungsstätte
Die Weiterbildungsstätte ist die Klinik/Praxis _____

8.1 Räumliche Voraussetzungen

Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer ja nein
Internetverbindung ja nein

8.2 Angaben zur Einrichtung

*Mehrfachantwort möglich

Ambulant* **Stationär*** mit akutstationärer Versorgung
 mit Rehabilitationsklinik
 Im Weiterbildungsverbund mit:

Konsiliartätigkeit Teamintegrierte
Therapeuten Benennung der Fachabteilungen

8.2.1 Akutkrankenhaus

Eigenständige Abteilung
z.B. nichtoperative Orthopädie
Anzahl der Betten _____
Fachliche Schwerpunkte _____

Ambulant/teilstationär
Indikationen _____

Frührehabilitation
Anzahl der Betten _____
Indikationen _____

Leitung
der Behandlungsabteilung _____
Anzahl der Mitarbeiter _____

8.2.2 Rehabilitationsklinik/Tagesklinik

Fachliche Schwerpunkte _____
Stationär
Indikationen _____
Anzahl der Betten _____

Ambulant/ teilstationär
Indikationen _____
Anzahl der Plätze _____

8.2.3 Facharztpraxis

Praxisschwerpunkte _____
Praxisbesonderheiten _____

8.5 Fachbezogene und spezifische Diagnostik und Therapie

8.5.1 Diagnostik

- Klinische und apparative Funktionsdiagnostik
Explizit bezüglich Bewegungssystem
- Manualmedizinische Untersuchung
- Sonographie Bewegungsapparat
- Stand- und Ganganalyse
- Kardiologisch/Leistungsdiagnostik
- EKG
- Belastungs-EKG
- Weitere _____
- Pulmologisch Lungenfunktion
- Neurologisch
- Orthopädisch
- Rheumatologisch
- Geriatrie
- Onkologisch
- Radiologische Diagnostik,
einschließlich radiologischer
Fallbesprechungen
- Einsatz von Assessments (interdisziplinär standardisiert) und Scores

-
- standardisierte Teambesprechungen _____
 - Schmerzkonferenzen _____
 - weitere _____
-
- Diagnostik und Einschätzung von psychosozialen und somatopsychischen Zusammenhängen
 - Bewertung Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit, Weitere: _____
 - Indikationsstellung, Verordnung, Steuerung, Dokumentation aller Therapien unter besonderer Berücksichtigung konservativer Verfahren
 - Schmerzdiagnostik einschließlich psychometrischen Skalen

8.5.2 Therapieverfahren

	Ja	nein
Krankengymnastik (auf neurophysiologischer Basis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sporttherapie/MTT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie/Dysphagietherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagetherapie inkl. Lymphdrainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschalltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thermotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balneotherapie/Naturheilkundliche Therapiemaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.5.3 Rehabilitative Interventionen

Integration der Klassifikation von funktionellen Gesundheitsstörungen (ICF-Modell)

Nutzung ja nein

wenn ja, welche _____

Bereich medizinisch-berufliche Orientierung (MBO) ja nein

strukturierte Edukation ja nein

wenn ja, welche _____

sozialmedizinische Grundkompetenzen ja nein

8.6. Gutachten

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr _____ für: _____

Haben Sie beigelegt?

Anlage 1: Kognitive und Methodenkompetenz/Handlungskompetenz

Anlage 2: Beruflicher Werdegang

Anlage 3: fachspezifische Geräteliste

Anlage 4: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung

ggf. Praxisgrundriss

ggf. Befürwortung des Chefarztes/Praxisinhabers

Ehrenerklärung

Lt. Beschluss der Kammerversammlung vom 04.12.2021 sind Personen ab Jahrgang 1975 von der Verpflichtung zur Abgabe der Ehrenerklärung befreit.

Ehrenerklärung liegt bereits vor

Die Ehrenerklärung der LÄKB muss in ihrer bestehenden Form nicht wiederholt werden.

Kontaktdaten: _____
Telefon

_____ E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

EHRENERKLÄRUNG

Ich versichere, zu keinem Zeitpunkt als offizieller oder inoffizieller Mitarbeiter für das Ministerium für Staatssicherheit bzw. das Amt für Nationale Sicherheit der DDR gearbeitet zu haben.

Ich verpflichte mich, auf Anforderung bei der zuständigen Behörde eine mögliche Zusammenarbeit mit o. g. Institution überprüfen zu lassen.

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel