

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Arbeitsmedizin

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- bezeichnung	_____	seit _____
	_____	seit _____
	_____	seit _____
Sonstiges (z. B. RöV, Ultraschall usw.)	_____	seit _____
	_____	seit _____
	_____	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

außerklinische Konsiliartätigkeit

 ja

 nein

wissenschaftliche Aktivitäten

 ja

 nein

Bemerkungen

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 Anlage 1 zum Antrag aus.

8 Beschreibung der Weiterbildungsstätte

Die Weiterbildungsstätte ist die Klinik/Praxis

8.1 Räumliche Voraussetzungen

Anzahl der Außenstellen (falls vorhanden)

Anzahl und Art der zu betreuenden Betriebe (bitte als Anlage beifügen)

Erforderliche Einsatzzeiten gemäß staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Regelungen

Anzahl der zu betreuenden Beschäftigten

8.2 Ärztinnen/Ärzte

gesamt

mit Facharztanerkennung

mit Anerkennung Zusatzbez.

mit Weiterbildungsassistenten

 /

 Vollzeitkräfte / Personen

 /

 Vollzeitkräfte / Personen

 /

 Vollzeitkräfte / Personen

 /

 Vollzeitkräfte / Personen

8.3 Medizinisches Assistenzpersonal

Medizinische Fachangestellte	_____
Messtechniker/Ingenieure/ Fachkräfte für Arbeitssicherheit	_____
Sachbearbeiter/sonstiges Personal	_____

8.4 Statistische Angaben der letzten 12 Monate

Diagnostik - Leistungsspektrum

Ergometrie	_____
Lungenfunktionsmessungen	_____
Audiometrie	_____
Untersuchungen zur Beurteilung des Sehrvermögens	_____
davon Perimetrie	_____
eigene Laborleistungen	_____
Hauttestungen	_____
Röntgenbeurteilungen	_____
weitere diagnostische Leistungen	_____
weitere diagnostische Angaben	_____

Tätigkeitsbereiche (Zeitanteile der Weiterbildungsstätte)

Arbeitsplatzgestaltung, einschließlich Betriebsbegehungen (ergonomische und arbeitsmedizinische Fragen)	_____	%
Ärztliche Untersuchungen und Beratungen	_____	%
Eigene Fortbildung	_____	%
Beratung bei der Planung, Einführung neuer Geräte, Arbeitsverfahren, Arbeitsstoffe	_____	%
ASA-Sitzungen, Organisation der Ersten Hilfe, Unterweisungen, Auswertung von Unfällen und plötzlichen Erkrankungen, Erprobung von Körperschutzmitteln u. a. betrieblich- organisatorische Aufgaben	_____	%
Sonstiges	_____	%

Leistungsspektrum der Weiterbildungsstätte

Arbeitsmedizinischen Untersuchung	
nach Vorschriften	_____
wegen stufenweiser Wiedereingliederung nach langer Krankheit	_____
wegen der Frage eines Arbeitsplatzwechsels	_____
Einstellungsuntersuchungen	_____
Arbeitsstätten- und Betriebsbegehungen	_____
Arbeitsschutzausschusssitzungen	_____
Beratungen	_____
Mitwirkung bei der Gefährdungsbeurteilung	_____
Schulungen zu Themen des medizinischen Arbeitsschutzes	_____
Sonstiges:	_____

Sonstige Aufträge/Leistungen (Anzahl)

Ärztliche Gutachten	_____
Gesundheitsförderung (z. B. Arbeitskreis Gesundheit)	_____
Spezielle arbeitsmedizinische Analysen (z. B. Biomonitoring)	_____
Einsatz von Messtechnik	_____
Sonstiges:	_____

Haben Sie beigefügt?

Bitte beachten Sie, dass aus allen Anlagen die Bezeichnung der Weiterbildungsstätte hervorgeht (Kopfbogen bzw. Stempel auf jeder Seite)!

- 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