

# Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Haut- und Geschlechtskrankheiten

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/ Leiters/ 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 _____
		_____	seit _____
	Zusatz- bezeichnung	_____	seit _____
		_____	seit _____
		_____	seit _____
	Sonstige Anerkennungen	_____	seit _____
		_____	seit _____
		_____	seit _____

Bitte fügen Sie Ihren Beruflichen Werdegang als Anlage bei!

## 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 Angaben zur Weiterbildungsstätte

#### 3.1 Personelle Besetzung (Angaben zum Personal)

Anzahl der Ärzte Gesamt: \_\_\_\_\_

Chefärzte: \_\_\_\_\_ Krankenschwester/-pfleger \_\_\_\_\_

Oberärzte: \_\_\_\_\_ Medizinische Fachangestellte \_\_\_\_\_

Ärzte in Weiterbildung \_\_\_\_\_ sonstiges Assistenzpersonal \_\_\_\_\_

#### 3.2 Abteilung und Betten

Abteilung	Anzahl der Betten	Leitung der Abteilung
Haut- und Geschlechtskrankheiten	_____ Betten	_____
<b>Absicherung der Notfallaufnahme und Intensivmedizin</b>		
Notfallaufnahme vorhanden		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leitung der Notfallaufnahme:		_____
Notfallversorgungsstufe		<input type="checkbox"/> Stufe 1 <input type="checkbox"/> Stufe 2 <input type="checkbox"/> Stufe 3
Intensivmedizinische Abteilung vorhanden		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leitung der Abteilung:		_____
Umfang der intensivmedizinischen Befugnis	_____ Monat	
Anzahl Beatmungsbetten	_____ Betten	
Anzahl Betten IMC	_____ Betten	

#### 3.3 Anzahl der Patienten (in den letzten 12 Monaten)

Anzahl stationär \_\_\_\_\_ Klinische Konsiliartätigkeit?  ja     nein

Anzahl ambulant \_\_\_\_\_ Anzahl der Konsultationen \_\_\_\_\_

### 4 Rotationen / Kooperationen

Erfolgt im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung eine Rotation zwischen verschiedenen kooperierenden Kliniken oder Weiterbildungsstätten?  ja     nein

Name/Bezeichnung der Klinik oder Stätte: \_\_\_\_\_

Name des Weiterbilders an der Stätte: \_\_\_\_\_

Häufigkeit oder Ø Stundenanzahl / Woche: \_\_\_\_\_ oder \_\_\_\_\_ h/Woche

Inhalt/Thema der Kooperation: \_\_\_\_\_

Name/Bezeichnung der Klinik oder Stätte: \_\_\_\_\_

Name des Weiterbilders an der Stätte: \_\_\_\_\_

Häufigkeit oder Ø Stundenanzahl / Woche: \_\_\_\_\_ oder \_\_\_\_\_ h/Woche

Inhalt/Thema der Kooperation: \_\_\_\_\_

Liegen schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den Kliniken oder Stätten vor?  ja     nein

Wenn ja – mit welcher Klinik oder Stätte liegen Kooperationsvereinbarungen vor? Bitte als Anlage beifügen!

## 5 Fort- und Weiterbildung

- Regelmäßige Teilnahme am interdisziplinären Tumorboard  ja  nein  
 Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen  ja  nein  
 Fallbesprechungen mit dem/der Arzt/ Ärztin in Weiterbildung  ja  nein

## 6 Spezifische Geräteliste (Anzahl, Baujahr, Typ) - als Anlage beifügen

## 7 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen  ja  nein

wenn ja, welche

intern

extern


## 8 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.

## 9 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 zum Antrag aus.

### 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: Spezifische Geräteliste  
 Anlage 4: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung  
 ggf. schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den Kliniken oder Stätten  
 ggf. Praxisgrundriss  
 ggf. Befürwortung des Chefarztes/ Leiters/ 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