

# Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Humangenetik

Weiterbildungsbefugnis beantragt ab: \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_ Monate Humangenetik

davon 30 Monate in der humangenetischen Patientenversorgung  ja  nein  
 davon 12 Monate im molekulargenetischen Labor  ja  nein  
 davon 6 Monate im zytogenetischen Labor  ja  nein

## 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 im MVZ\* seit \_\_\_\_\_

\* Bitte Befürwortung des Leiters des MVZ/Praxisinhabers als Anlage 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 \_\_\_\_\_  
 Fortbildungs-  
 zertifikat \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

zugelassen als Weiterbildungsstätte:  ja  nein

#### 4 Struktur der fachspezifischen Einrichtung

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Steht dem Arzt in Weiterbildung ein eigener Arbeitsplatz zur Verfügung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| zytogenetisches Labor an der Einrichtung                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| kooperierende Einrichtung   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| molekulargenetisches Labor an der Einrichtung                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| kooperierende Einrichtung   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

#### 5 Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

##### 5.1 Zahl der Ärzte

- |   |       |
|---|-------|
| Zahl der Ärztinnen/Ärzte (Gesamt VK)    | _____ |
| davon Fachärztinnen/-e für Humangenetik | _____ |
| davon Fachärztinnen/-e weiterer Gebiete | _____ |
| davon Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung  | _____ |

#### 6 Räumliche und technische Ausstattung der humangenetischen Einrichtung

(Bitte Grundriss/Skizze der Räumlichkeiten, ggf. eine fachspezifische Geräteliste beifügen)

#### 7 Fort- und Weiterbildung

Bieten Sie regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen an (hausintern, extern)?  ja  nein

(Bitte eine Liste der durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen des vergangenen Jahres als Anlage beifügen)

##### Bemerkungen

---

---

---

---

#### 8 Statistische Angaben der letzten 12 Monate

Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (der letzten 12 Monate)

Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

## 9 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.

## 10 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 die vorgefertigte Anlage zum Antrag vollständig aus. Die Zahlen-Angaben sind anhand eines Auszuges aus dem EBM bzw. SAP zu belegen.

### 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: Grundriss/Skizze der Räumlichkeiten und ggf. fachspezifische Geräteliste
- Anlage 4: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- 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