

## Antrag zur Erteilung einer Befugnis Facharztweiterbildung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

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 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 \_\_\_\_\_  
Schwerpunkt, Zusatz- \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
bezeichnung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
Sonstiges \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Bitte fügen Sie einen Nachweis über Ihre abgeschlossene Psychotherapieweiterbildung 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: \_\_\_\_\_

zugelassen als Weiterbildungsstätte:

ja

nein

### 3 Beruflicher Werdegang des Antragstellers

Bitte als Anlage beifügen

### 4 Angaben zur Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Vertragsärztliche Versorgung (Nachweis beifügen)

- Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) – Stufe 1  
 Regulärer KV-Sitz – Stufe 2  
 Versorgung mit Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) – Stufe 3

Steht für den Arzt in Weiterbildung ein eigener Arbeitsplatz zur Verfügung?  
Bitte den Grundriss der Praxis als Anlage beifügen.

ja

nein

Klinik/Abteilung

- Rehabilitationsklinik (Stufe 2)  
 Pflichtversorgungsklinik - Klinik mit Vollversorgung (Stufe 4)

### 5 Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

Zahl der Ärzte (Gesamt VK) \_\_\_\_\_

davon Chefärzte \_\_\_\_\_

davon Oberärzte \_\_\_\_\_

davon Ärzte in Weiterbildung \_\_\_\_\_

### 6 Statistische Angaben

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

#### 6.1 Vollstationärer Bereich:

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

Durchschnittliche Verweildauer \_\_\_\_\_

#### 6.2 Teilstationärer Bereich:

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

Durchschnittliche Verweildauer \_\_\_\_\_

#### 6.3 Ambulanter Bereich:

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

Gruppentherapien > 25 Stunden \_\_\_\_\_

Einzeltherapien > 25 Stunden \_\_\_\_\_

#### 6.4 Klinische Konsiliartätigkeit:

Anzahl der Konsile pro Jahr insgesamt \_\_\_\_\_

#### 6.5 Für Vertragsärzte:

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal \_\_\_\_\_

Zahl der Konsultationen pro Quartal \_\_\_\_\_

Zahl der Hausbesuche pro Quartal \_\_\_\_\_

**Eine Krankheits-/ Diagnosenstatistik (nach ICD-10) der letzten 12 Monate ist als Anlage beizufügen.**

## 7 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen  ja  nein

wenn ja, welche

intern

extern


## 8 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

---



---

## 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.

**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 und Qualifikationsnachweise über PT-Ausbildung
- Anlage 3: Krankheits-/ Diagnosenstatistik (nach ICD-10) der letzten 12 Monate
- Anlage 4: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- ggf. Nachweis über vertragsärztliche Versorgung
- ggf. Praxisgrundriss
- ggf. Befürwortung des Chefarztes/Praxisinhabers/MVZ-Leiter
- 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