

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Öffentliches Gesundheitswesen

Weiterbildungsbefugnis beantragt ab: _____

davon 12 Monate an einem Gesundheitsamt: ja nein

1 Angaben zum Antragsteller

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

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Geburtsort: _____

Dienststellung: Amtsarzt seit _____
sonstiges z.B. Angestellter * seit _____
fachkundiger Vertreter des Weiterbildungsbefugten _____

Können Sie eine Weiterbildung in Vollzeit gewährleisten? ja nein
wenn nein, bitte Angabe der Teilzeit in h/Woche: _____

* Bitte Befürwortung des Leiters / Praxisinhabers als Anlage beifügen!

Qualifikationen:	Facharzt	_____	seit _____
		_____	seit _____
	Zusatz- bezeichnung	_____	seit _____
		_____	seit _____
	Sonstige Anerkennungen	_____	seit _____
		_____	seit _____

2 Standort der Weiterbildungsstätte

Einrichtung * _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

* Bitte ggf. Praxisbeschreibung mit Grundriss der Praxis als Anlage beifügen!

Angaben zur Einrichtung:

Gesundheitsamt Sonstiges:
 Einrichtung öffentliches Gesundheitswesen _____

Zweigstelle: _____ Zweigstelle: _____

Anschrift: _____ Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____ E-Mail: _____

3 Beruflicher Werdegang des Antragstellers

(einschließlich Angaben zur Teilnahme an Fortbildungen in den letzten 5 Jahren und Sonstiges) Bitte als Anlage beifügen.

4 Angaben zur Weiterbildungsstätte

Personelle Besetzung der Weiterbildungseinrichtung

Sind alle genannten Mitarbeiter unter Ihrer Leitung tätig?

ja nein

Sind alle hier aufgeführten Mitarbeiter unmittelbar in der unter Punkt 1. angegebenen Weiterbildungsstätte (d. h. Ihrem Dienstsitz tätig?) ggf. als Anlage beifügen

ja nein

4.1 Ärztinnen/Ärzte

Angabe
Einsatzort(e) der Ärzte/ Ärztinnen:

Gesamt /
VK Personen

mit Facharztanerkennung /
VK Personen

mit Anerkennung Zusatzbezeichnung /
VK Personen

in Weiterbildung /
VK Personen

4.2 Akademische Mitarbeiter

Gesamt /
VK Personen

mit Fachrichtung _____ /
VK Personen

mit Fachrichtung _____ /
VK Personen

4.3 Nichtärztliche Mitarbeiter

Gesamt /
VK Personen

5 Fort- und Weiterbildung für den WBA

regelmäßige Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen

ja nein

Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen

ja nein

Fortbildungsmöglichkeiten innerhalb der Weiterbildungsstätte im letzten Jahr

ja nein

wenn ja, welche _____

Fortbildungsmöglichkeiten außerhalb der Weiterbildungsstätte

ja nein

wenn ja, welche _____

Sicherung von Rotationen/Hospitationen

ja nein

wenn ja, welche _____

6 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen ja nein

wenn ja, welche

intern

extern

7 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.

8 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.

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
- ggf. Sachbericht
- ggf. Praxisgrundriss
- ggf. Befürwortung des Leiters der Einrichtung

- 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