

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie

Weiterbildungsbefugnis beantragt ab: _____

1 Angaben zum Antragsteller

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	_____	seit _____
	_____	seit _____
Zusatz- weiterbildung	_____	seit _____
	_____	seit _____
Sonstiges (z. B. RöV, Ultraschall usw.)	_____	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:

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> mit Zweigpraxis	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft	<input type="checkbox"/> mit Zweigpraxis	_____
<input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum	<input type="checkbox"/> mit Zweigpraxis	_____

Bitte fügen Sie einen Grundriss der Praxis (Skizze) als Anlage bei.

3 Beruflicher Werdegang des Antragstellers

Bitte als Anlage beifügen

4 Angaben zur Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Klinik/Abteilung

Gesamtzahl der Betten im Fachgebiet _____

Behandlung von untergebrachten Patienten _____

ja

nein

Gesamtzahl der teilstationären Behandlungsplätze im Fachgebiet _____

Ambulanz ja

nein

Pflichtversorgung ja

nein

Beschreibung der Struktur, des Behandlungsprofils, der Einrichtung und des Pflichtversorgungsgebietes (falls vorhanden; Reha-Profil, Rettungsstelle, Zentrale Notaufnahme)

Vertragsärztliche Versorgung

Steht für den Arzt in Weiterbildung ein eigener Arbeitsplatz zur Verfügung? ja nein

Bitte den Grundriss der Praxis als Anlage beifügen.

5 Technische Ausstattung

Sind folgende Geräte in Ihrer Einrichtung vorhanden?

EKT (für Elektrokrampftherapie) ja nein

rTMS ja nein

andere Neurostimulationsverfahren ja nein

6 Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

Zahl der Ärzte (Gesamt VK)	_____
davon Chefärzte	_____
davon Oberärzte	_____
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	_____
davon mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie	_____
davon mit der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse	_____
davon mit dem Schwerpunkt Forensische Psychiatrie	_____
sonstige Fachärzte:	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

6.1 Zahl der nichtärztlichen Mitarbeiter

Dipl.-Psychologen/M.Sc. Psychologe	_____
Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	_____
Psychologische Psychotherapeuten	_____
Nichtärztliche Psychotherapeuten	_____
Approbierte Psychotherapeuten in WB	_____

6.2 Andere Therapeuten

Musik- und Kunsttherapeuten	_____
Ergotherapeuten	_____
Logopäden	_____
Physio- und Mototherapeuten	_____
Heilpädagogen	_____
Sozialpädagogen	_____
Sozialarbeiter	_____
sonstige:	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

7 Weiterbildung

Wie werden die Inhalte der Weiterbildungsordnung (WBO) in Weiterbildungsveranstaltungen realisiert? (als Anlage beifügen)

Wer vermittelt die

	intern	extern
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bzw. wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren und Methoden

8 Statistische Angaben

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate vor Antragstellung)

8.1 Vollstationärer Bereich

Fallzahl pro Jahr _____
Durchschnittliche Verweildauer _____

8.2 Teilstationärer Bereich

Fallzahl pro Jahr _____
Durchschnittliche Verweildauer _____

8.3 Ambulanter Bereich

Fallzahl pro Jahr _____
Gruppentherapien > 25 Stunden _____
Einzeltherapien > 25 Stunden _____

8.4 Klinische Konsiliartätigkeit

Anzahl der Konsile pro Jahr insgesamt _____

8.5 Für Vertragsärzte

Fallzahl pro Quartal _____
Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Als Krankheitsstatistik ist die Diagnoseverteilung mit Altersstatistik der Fälle der letzten 12 Monate als Anlage bitte beizufügen.

9 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen ja nein

wenn ja, welche	intern	extern
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

10 Diagnostische und Therapeutische Leistungen

10.1 Psychologische Diagnostik

ja

nein

Welche Testverfahren kommen zur Anwendung?

10.2 Fachspezifische Radiologie

ja

nein

10.3 Psychotherapeutische Verfahren

Welche Verfahren werden in der Einrichtung in Ihrem Verantwortungsbereich angeboten?

11 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.

12 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: Krankheitsstatistik (Diagnosenverteilung mit Altersstatistik)
- 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