

# Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzweiterbildung Allergologie

Der Erwerb der Zusatzbezeichnung Allergologie ist nicht mehr an Mindestweiterbildungszeiten gebunden! Die Erteilung der Befugnis ist daher ausschließlich an Kompetenzen gebunden.

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 \_\_\_\_\_

Zusatz- \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

weiterbildung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Anerkennungen \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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:

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

Die Weiterbildungsstätte ist die Klinik/Praxis

#### 3.1 Abteilungen im Krankenhaus

Abteilung	Anzahl der Betten	Leitung der Abteilung
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

#### 3.2 Statistische Angaben

Anzahl der Patienten (in den letzten 12 Monaten)

stationär \_\_\_\_\_ ambulant \_\_\_\_\_  
 Konsiliartätigkeit?  ja  nein Anzahl Konsultationen \_\_\_\_\_

### 4 Angaben zum Personal

Anzahl der Ärzte Gesamt: \_\_\_\_\_  
 Chefärzte: \_\_\_\_\_ Krankenschwester/-pfleger: \_\_\_\_\_  
 Oberärzte: \_\_\_\_\_ sonstiges Assistenzpersonal: \_\_\_\_\_  
 Ärzte in Weiterbildung: \_\_\_\_\_ Medizinische Fachangestellte: \_\_\_\_\_

### 5 Spezifische Geräteliste (Anzahl, Baujahr, Typ)

Bitte als Anlage beifügen

### 6 Gutachten

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr \_\_\_\_\_

### 7 Fort- und Weiterbildung

regelmäßige Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen  ja  nein  
 Fallbesprechungen mit dem/der Arzt/ Ärztin in Weiterbildung  ja  nein

### 8 Weiterbildungsspektrum der allergologischen Qualifizierung

Erfolgt im Rahmen der allergologischen Weiterbildung eine Kooperation  ja  nein  
 Einer pneumologischen Weiterbildungsstätte?  ja  nein  
 Einer HNO-Weiterbildungsstätte?  ja  nein  
 Einer Weiterbildungsstätte der Augenheilkunde?  ja  nein  
 Einer dermatologischen Weiterbildungsstätte?  ja  nein

### 8.1 Rotationen / Kooperationen mit bzw. an folgende Weiterbildungsstätten

Name der Stätte:	Name des befugten Arztes:	Befugnis für:	Umfang der Hospitation:
_____	_____	_____	_____ Tage
_____	_____	_____	_____ Tage
_____	_____	_____	_____ Tage
_____	_____	_____	_____ Tage

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

Wenn ja – Bitte als Anlage beifügen!

### 9 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen  ja  nein

wenn ja, welche

intern

extern

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### 10 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.

### 11 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: Spezifische Geräteliste
- Anlage 4: Gegliedertes Programm für die Weiterbildung
- ggf. Praxisbeschreibung
- 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