

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzweiterbildung Ernährungsmedizin

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/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- bezeichnung	_____	seit _____
		_____	seit _____
		_____	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:

Einzelpraxis mit Zweigpraxis Sonstiges: _____
 Berufsausübungsgemeinschaft mit Zweigpraxis _____
 Medizinisches Versorgungszentrum mit Zweigpraxis _____

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

3 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen ja nein

wenn ja, welche

intern

extern

4 Fort- und Weiterbildung

regelmäßige Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen

ja

nein

Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen

ja

nein

Fallbesprechungen

ja

nein

Sicherung von Rotationen/Hospitationen

wenn ja, welche

Bitte fügen Sie Ihre erworbenen Fortbildungspunkte/Weiterbildungsnachweise im Bereich Ernährungsmedizin innerhalb der letzten 2 Jahre als Anlage bei.

5 Technische Ausstattung

Bitte fügen Sie eine fachspezifische Geräteliste als Anlage bei.

6 Ernährungsmanagementkonzept (durch Leitlinien gefordert)

Bitte als Anlage beifügen.

7 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.

8 Beschreibung der Weiterbildungsstätte

Die Weiterbildungsstätte ist die Klinik/Praxis

8.1 Räumliche Voraussetzungen

Arztzimmer bzw. eigenes Sprechzimmer

ja

nein

Internetverbindung

ja

nein

8.2 Ärztinnen/Ärzte

gesamt

mit Facharztanerkennung

mit Schwerpunktbezeichnung

_____/_____
Vollzeitkräfte / Personen

_____/_____
Vollzeitkräfte / Personen

_____/_____
Vollzeitkräfte / Personen

mit Zusatzbezeichnung

_____/_____
Vollzeitkräfte / Personen

8.3 Medizinisches Assistenzpersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger _____

Krankengymnasten _____

sonstiges Assistenzpersonal (z. B. Rö, EEG, EKG, Diät, Labor) _____

Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte _____

8.4 Anzahl Fachkräfte (z. B. Diätassistenten, Ökotrophologen, Physiotherapeuten)

_____	angestellt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

8.5 Statistische Angaben (der letzten 12 Monate)

stationär		ambulant	
Anzahl der Patienten	_____	Anzahl der Patienten	_____
durchschnittliche Verweildauer	_____ Tage	Anzahl der Konsultationen	_____
Belegung im Berichtsjahr	_____ %		
klinische Konsiliartätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

8.6 Ausstattung und Angebot

Bettenzahl _____

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
- Anlage 4: erworbene Fortbildungspunkte/Weiterbildungsnachweise der Antragstellerin/des Antragstellers
- Anlage 5: Ernährungsmanagementkonzept
- 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