

Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin

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 _____
		_____	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

5 Medizintechnische Ausstattung

Bitte fügen Sie eine fachspezifische Geräteliste als Anlage bei.

6 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.

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 Anerkennung Schwerpunktbezeichnung
<hr style="display: inline-block; width: 100px; border: 0.5px solid black;"/>	<hr style="display: inline-block; width: 100px; border: 0.5px solid black;"/>	<hr style="display: inline-block; width: 100px; border: 0.5px solid black;"/>
/	/	/
Vollzeitkräfte / Personen	Vollzeitkräfte / Personen	Vollzeitkräfte / Personen

8.3 Medizinisches Assistenzpersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger _____
 Krankengymnasten _____
 sonstiges Assistenzpersonal (z. B. Rö, EEG, EKG, Diät, Labor) _____
 Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte _____

8.4 Bereiche und Betten

	Anzahl	organisatorische Leitung	fachliche Leitung
Palliativmedizin	_____	_____	_____
Intensivstation	_____	_____	_____
Wachstation	_____	_____	_____
weitere	_____	_____	_____

8.5 Statistische Angaben der letzten 12 Monate

stationär

Anzahl der Patienten _____
 durchschnittliche Verweildauer _____ Tage
 Belegung im Berichtsjahr _____ %
 klinische Konsiliartätigkeit ja nein

ambulant

Anzahl der Patienten _____
 Anzahl der Konsultationen _____

8.6 Gutachten

Anzahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten pro Jahr _____

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: 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