



**Antrag auf Erwerb einer Befugnis zur Weiterbildung und
Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte im stationären Bereich**

Bitte beachten Sie, alle notwendigen Anlagen den Antragsunterlagen beizufügen.

Vorname Name Antragsteller	
---------------------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Erteilung einer Einzelbefugnis
--------------------------	--

oder

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Erteilung einer Gemeinsamen Befugnis* * Die weiteren Antragsteller müssen die Ergänzung zur Beantragung einer Gemeinsamen Befugnis beilegen.
--------------------------	---

oder

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Erteilung einer Verbundbefugnis mit der/den Einrichtung/-en ... Die an der Verbundeinrichtung verantwortlichen Ärzte müssen ebenfalls eine entsprechende WB-Befugnis haben/beantragen.
--------------------------	---

Beantragte Facharzt-/Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung	Umfang
	Monate
	Monate
	Monate

Tätigkeit als ...				
<input type="checkbox"/> Chefarzt/Leitender Arzt	<input type="checkbox"/> Oberarzt			
<input type="checkbox"/> Leitender Oberarzt	<input type="checkbox"/> Facharzt			
<input type="checkbox"/> sonstiges				
in	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden	% /	h/Woche

Zusätzlich zur stationären Tätigkeit

KV-Ermächtigung für

Weitere Tätigkeit in der ambulanten Versorgung als ...

Vertragsarzt

Mit einem vollzeitigem Versorgungsauftrag

Mit einem häufigen Versorgungsauftrag

Anderer Umfang:

angestellter Arzt in der ambulanten Versorgung

Vollzeit

Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden

% /

h/Woche

Sonstiges:

Weitere Tätigkeit in einer weiteren stationären Einrichtung

ja

nein

in einem Umfang von

Wochenstunden

Angabe des weiteren Tätigkeitsortes

Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)

Weiterbildungsstätte (WBS) und Träger der Einrichtung	
Name des ärztlichen Leiters der WBS	

Weiterbildungsstätte ist	Akutkrankenhaus der	
	Grund- und Regelversorgung	<input type="checkbox"/>
	Schwerpunktversorgung	<input type="checkbox"/>
	Maximalversorgung	<input type="checkbox"/>
	Rehabilitationseinrichtung	<input type="checkbox"/>
	sonstiges	

Angaben zur Einrichtung an der sich Weiterbildungsstätte befindet	
	Bettenzahl der gesamten Einrichtung
	Bettenzahl der Abteilung/Klinik (WBS) für die beantragte Weiterbildung

Personalschlüssel / Personelle Besetzung der Abteilung/Klinik (WBS) für beantragte Weiterbildung (Zahlenangabe)		
lt. Stellenplan	aktuell besetzt	
		Chefarzt
		Oberärzte
		Fachärzte
		Assistenzärzte, davon in Weiterbildung

Die WBS betreibt folgende Abteilungen selbst bzw. bietet Zugang den folgenden Abteilungen, die unter folgender Leitung stehen:
Notaufnahme	<input type="checkbox"/>	
Intensivstation	<input type="checkbox"/>	
Intermediate Care (IMC)	<input type="checkbox"/>	
Tagesklinik	<input type="checkbox"/>	
Poliklinik/Ambulanz/MVZ	<input type="checkbox"/>	
andere für die Fach-WB notwendige Abteilungen	<input type="checkbox"/>	

Spezialsprechstunde an der Weiterbildungsstätte		durchgeführt von	
Spezialsprechstunde an der Weiterbildungsstätte		durchgeführt von	

Anstellung der WBA			
normalerweise beträgt die Anstellung	<input type="checkbox"/> 1 Jahr	<input type="checkbox"/> mehr als 1 Jahr	
es besteht die Option zu verlängern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

In welchem Zeitverhältnis stehen			
Dienstleistung / Weiterbildung / Forschung und Lehre	%	%	%

Die Weiterzubildenden Ärzte erhalten ein gegliedertes Programm für die Weiterbildung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann wurde es zuletzt aktualisiert?		

Dokumentierte Gespräche mit dem Weiterzubildenden zum Stand der Weiterbildung werden durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mindestens vierteljährlich	<input type="checkbox"/>	
Mindestens halbjährlich	<input type="checkbox"/>	
Mindestens einmal im Jahr	<input type="checkbox"/>	

Wenn vorliegend: Die Weiterbildungsstätte ist/betreibt

Teil eines vertraglich vereinbarten WB-Verbundes	<input type="checkbox"/>	mit:
Teil eines vertraglich vereinbarten WB-Netzes	<input type="checkbox"/>	mit:
lose WB-Kooperationen mit anderen WBS	<input type="checkbox"/>	mit:

Bereitschaftsdienst in der beantragten Weiterbildung

		24/7	wenn nicht 24/7 fachärztlich besetzt, Umfang sonst ...
OA/Itd. Ärzte	nur Fachgebiet	<input type="checkbox"/>	
	fachgebietsübergreifend	<input type="checkbox"/>	
FA/WBA	nur Fachgebiet	<input type="checkbox"/>	
	fachgebietsübergreifend	<input type="checkbox"/>	

Regelungen zum Bereitschaftsdienst*

Teilnahme der Weiterbildungsärzte am Bereitschaftsdienst in der Regel ab dem	Monat.
Durchschnittszahl der Bereitschaftsdienste der Weiterbildungsärzte	/ Monate

* sofern im Dienstmodell der WBS Bereitschaftsdienste vorgesehen sind.

Statistische Angaben

Fallzahl stationär behandelter Patienten/Jahr	Jahr	Anzahl
Fallzahl ambulant behandelter Patienten/Jahr	Jahr	Anzahl
Fallzahl behandelter Patienten in Notaufnahme/Jahr	Jahr	Anzahl

Belegung im Antragsjahr (Prozent)
Konsultationszahl pro Jahr
Patienten in der Notfallambulanz

Angabe/Anzahl zu Weiterbildungsveranstaltungen in der Einrichtung			jährlich
Weiterbildungsveranstaltungen im Fachgebiet			
Interdisziplinäre Weiterbildungs- und Fortbildungsveranstaltungen			
Röntgendemonstrationen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Klinisch-pathologische Demonstrationen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Problemvisiten, etc.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Durchführung von Obduktionen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Qualitätssicherungsmaßnahmen, Zertifizierungen, WB-geeignete Veranstaltungen und Konferenzen etc.	
Zertifizierungen	jeweils mit Angabe von Umfang, Zeiten, Anzahl

Erstellen von Gutachten (ausführlich begründete, einschließlich Formulargutachten)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- wenn ja,		pro Jahr

Ich bin einverstanden, dass das von mir eingereichte WB-Curriculum/-Programm auf der Homepage der Ärztekammer zusammen mit meiner Befugnis veröffentlicht wird.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Anerkennung der Rechte und Pflichten als Weiterbilder:

Mir ist bewusst, dass die Weiterbildung eine besonders ehren- und verantwortungsvolle Aufgabe ist, die neben der fachlichen Eignung vor allem auch eine persönliche Eignung und besondere Vorbildfunktion voraussetzt.

Ich verpflichte mich eine zügige und umfassende Weiterbildung gemäß dem Weiterbildungsprogramm/-curriculum in kollegialer Atmosphäre und im gegenseitigen Respekt zu ermöglichen und alle erforderlichen Unterlagen zeitnah zu erstellen, auszuhändigen und auf angemessene Arbeitsbedingungen hinzuwirken.

Ich anerkenne die Rechte und Pflichten der Befugten zur Weiterbildung.

Die Anlässe zur Prüfung der persönlichen Eignung als Weiterbildungsbefugter i. S. d. § 5 Abs. 2 Weiterbildungsordnung der Ärztekammer M-V (WBO ÄK MV 2020) sind mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Anlagen bei:

(falls nicht bereits in vorherigen Antragsverfahren eingereicht oder Änderungen eingetreten sind)

1. beruflicher Werdegang
2. Beschreibung der beruflichen/ärztlichen Tätigkeitsfelder und evtl. Besonderheiten der WB-Stätte
3. bei operativen Fächern: ein persönlicher Operationskatalog der letzten zwei Jahre (keine OPS-Übersicht)
4. das gegliederte Programm für die Umsetzung der Weiterbildung im beantragten Weiterbildungsabschnitt an der Weiterbildungsstätte (§ 5 Abs. 10 WBO ÄK MV 2020)
5. Darstellung der apparativen Ausstattung der Weiterbildungsstätte
6. Formular: Erklärung zur Teilnahme an Verbundregelungen
7. Kompetenzbogen

Das entsprechende Formular für Punkt 6 finden Sie unter:

www.aek-mv.de / Ärztin & Arzt / Weiterbildung/ Weiterbildungsbefugnis / Anträge auf Erteilung einer Befugnis / Anträge zum Download / Anlagen zum Antrag