



**Antrag auf Erwerb einer Befugnis zur Weiterbildung und
Antrag auf Zulassung der Weiterbildungsstätte im ambulanten Bereich
für die Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin**

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* <small>* Die weiteren Antragsteller müssen die Ergänzung zur Beantragung einer Gemeinsamen Befugnis beilegen.</small>
--------------------------	--

oder

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

Beantragung des anrechenbaren Weiterbildungsumfangs							
<input type="checkbox"/>	6 Monate	<input type="checkbox"/>	12 Monate	<input type="checkbox"/>	18 Monate	<input type="checkbox"/>	24 Monate

Tätigkeit in der ambulanten Versorgung als ...				
<input type="checkbox"/>	Vertragsarzt			
	<input type="checkbox"/> Mit einem vollzeitigem Versorgungsauftrag	<input type="checkbox"/> Mit einem <u>häftigen</u> Versorgungsauftrag		
	<input type="checkbox"/> Anderer Umfang: _____			
<input type="checkbox"/>	<u>angestellter</u> Arzt			
	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden	% /	h/Woche

<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	

Weitere Tätigkeiten in der stationären Versorgung					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
als							
in	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden		% /		h/Woche	

Weitere Tätigkeit in der ambulanten Versorgung					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
z. B. in einer Nebenbetriebsstätte/Zweigpraxis, einer weiteren Praxisniederlassung, MVZ oder als Belegarzt etc.						
in einem Umfang von						Wochenstunden
Angabe des weiteren Tätigkeitsortes						

Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)

Weiterbildungsstätte	
<input type="checkbox"/>	Einzelpraxis / Praxisgemeinschaft
<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis mit:
<input type="checkbox"/>	Praxis in einem MVZ
<input type="checkbox"/>	sonstiges:
<input type="checkbox"/>	hat Nebenbetriebsstätten/Zweigpraxis

Weiterbildungsstätte und ggf. Träger der Einrichtung	
ggf. Name des ärztlichen Leiters der WBS	

durchschnittliche Fallzahl/Quartal des Antragstellers	
---	--

An der Einrichtung sind vorhanden			
	ja	nein	
Labor bzw. Laborgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonogerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungenfunktionsdiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ist ein eigener Arbeitsplatz (eigenes Sprechzimmer) für den Weiterzubildenden vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

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"/>	

Welche Perspektive haben Weiterzubildende nach Abschluss Ihrer Weiterbildung bei Ihnen?

<input type="checkbox"/>	nur Weiterbildung
<input type="checkbox"/>	Anstellungsverhältnis
<input type="checkbox"/>	Juniorpartnerschaft
<input type="checkbox"/>	Praxispartnerschaft
<input type="checkbox"/>	Praxisübernahme

Ich bin damit einverstanden, dass die Information über die Erteilung der Befugnis zur Weiterbildung / Zulassung als Weiterbildungsstätte an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern bereitgestellt wird	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

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

Kompetenzbogen Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin

Bitte lesen Sie die zeitlichen Anforderungen an die Weiterbildung (Weiterbildungsabschnitte) in der der WBO ÄK MV 2020 auf der Homepage der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern nach.

[Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern \(aek-mv.de\)](http://aek-mv.de)

Antragsteller

WB-Stätte

Berichtszeitraum
(12 Monate)

Hinweise:

KM: Kognitive und Methodenkompetenz (Kenntnisse)

Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit systematisch einordnen und erklären können.

Bitte kreuzen Sie diese Kompetenz nur dann als vermittelbar an, wenn eine vollständige Kognitive und Methodenkompetenz vermittelt werden kann = „systematisch einordnen und erklären“.

H: Handlungskompetenz (Erfahrungen und Fertigkeiten)

Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit eigenverantwortlich durchführen können.

Bitte kreuzen Sie diese Kompetenz nur dann als vermittelbar an, wenn die Handlungskompetenz vollständig vermittelt werden kann = „selbständig durchführen“.

Mitwirkung: Dem Weiterzubildenden muss die Teilnahme an einer Untersuchung/Therapie, die primär durch einen anderen Arzt erbracht wird, auch interdisziplinär ermöglicht werden.

		Einrichtung	Persönlich
Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin			
KM	Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Erkennung und Einleitung von Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung, insbesondere bei Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Interdisziplinäre Zusammenarbeit einschließlich Fallkonferenzen, auch mit Kindergemeinschaftseinrichtungen, Beratungsstellen und Behörden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und Therapie bei Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Erkennung von akut abklärungsbedürftigen Symptomkomplexen (red flags)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Normale und pathologische Entwicklung von der Geburt bis zum Abschluss der somatischen, psychischen, mentalen und sozialen Reife	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Transition im Kontext der zugrunde liegenden Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung zur Verlegung in eine fachlich spezialisierte Einrichtung einschließlich der vorgeburtlichen Verlegung bei schweren Erkrankungsverläufen, z. B. Organversagen, onkologische Erkrankung, extreme Unreife, schwere Fehlbildung, schwerer Immundefekt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Pharmakotherapie in den verschiedenen Altersabschnitten einschließlich der Indikationsstellung zur zulassungsüberschreitenden Anwendung (Off-label use)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

		Einrichtung	Persönlich
H	Analgosedierung bei diagnostischen und therapeutischen Eingriffen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Alters-, geschlechts- und kulturspezifische Aspekte in Symptomatologie und Therapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Gesunde Ernährung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Prävention, Diagnostik und Therapie von Ernährungsstörungen, insbesondere der Adipositas	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fachgebundene genetische Beratung			
KM	Grundlagen hereditärer und multifaktorieller Krankheitsbilder und Entwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Interpretation und Aussagekraft genetischer Untersuchungsergebnisse (Sensitivität, Spezifität, prädiktiver Wert)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Methodische, psychosoziale und ethische Aspekte der genetischen Beratung und Diagnostik einschließlich pharmakogenetischer Tests	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Erkennung fachbezogener genetisch bedingter Krankheitsbilder oder Entwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Fachgebundene genetische Beratung bei diagnostischer und prädiktiver genetischer Untersuchung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Entwicklungs- und Sozialpädiatrie			
H	Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge von Entwicklungsstörungen und Behinderungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Klinische Beurteilung von Wachstum, körperlicher, psychomotorischer und psychosozialer Entwicklung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Entwicklungsdiagnostik einschließlich Anwendung und Beurteilung von Testverfahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Psychische und psychosomatische Störungen und Verhaltensstörungen			
H	Basisbehandlung psychischer, somatoformer und psychosomatischer Anpassungs-, Regulations- und Verhaltensstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Notfälle und Intensivmedizin			
KM	Notfall- und intensivmedizinisch relevante Symptome, Krankheitsbilder und Differentialdiagnosen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Intensivmedizinische Basisbehandlung einschließlich endotrachealer Intubation sowie Punktionen von Körperhöhlen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Behandlung von Vergiftungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Legen zentralvenöser Zugänge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Neonatologische Erkrankungen			
KM	Erkrankungen und Komplikationen der Neonatalperiode	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Primärversorgung und Reanimation von Früh- und Neugeborenen einschließlich der Basisbeatmungstechniken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Beurteilung der Reife von Früh- und Neugeborenen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und Therapie wesentlicher neonatologischer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung sowie der Einleitung von rehabilitativen Maßnahmen	PNZ Level: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	

		Einrichtung	Persönlich
H	Neurologische Beurteilung und Diagnostik bei Früh- und Neugeborenen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Ernährungsplanung bei Früh- und Neugeborenen einschließlich parenteraler Ernährung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besondere Aspekte der Jugendmedizin			
KM	Jugendspezifische Morbidität und Risikoverhalten sowie weiterführende Therapieoptionen im Erwachsenenalter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Erkennung und Einschätzung von Experimentierverhalten in Abgrenzung zu Risikoverhalten und Suizidalität einschließlich der Beratung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Spezifische jugendmedizinische Diagnostik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Prävention einschließlich Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Jugendliche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Notfallkontrazeption	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Sexuell übertragbare Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Therapie und Beratung Jugendlicher und Heranwachsender unter Berücksichtigung des Rechts auf Entscheidung/Mitentscheidung und der Schweigepflicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Normaler Ablauf und Varianten der pubertären Entwicklung der Geschlechter (biologisch/mental/psychosozial)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Bestimmung der Pubertätsstadien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Therapie und Begleitung von Jugendlichen mit chronischer, behindernder und prognostisch ungünstiger Erkrankung unter Berücksichtigung von Akzeptanz, Compliance und jugendaltersspezifischem Verhalten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankung des Respirationstraktes			
KM	Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und Therapie häufiger pneumologischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung komplexer pneumologischer Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Durchführung und Befunderstellung von Lungenfunktionstests einschließlich Spirometrie und Fluss-Volumenkurve	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Anleitung von Inhalationstechniken und Demonstration atemerleichternder Übungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien			
KM	Grundlagen allergologischer Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Differentialdiagnostik atopischer Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Durchführung und Befunderstellung von Prick-Tests	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung und Befundinterpretation laborgestützter Diagnostik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Durchführung der spezifischen Immuntherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Therapie der Anaphylaxie gemäß Schweregrad einschließlich des anaphylaktischen Schocks	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

		Einrichtung	Persönlich
Infektionskrankheiten			
KM	Infektiöse Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und Therapie von Infektionserkrankungen und Infektionen von Organsystemen einschließlich der Sepsis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Management bei therapieresistenten Erregern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Präventivmaßnahmen bei Infektionserkrankungen unter Berücksichtigung von Ansteckungsmodus, Inkubationszeit und Prodromi einschließlich der Isolationspflichtigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Meldepflichten gemäß Infektionsschutzgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der endokrinen Organe/Diabetologie			
KM	Endokrine Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Basisbehandlung endokriner Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Behandlung des Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und konservative Therapie des Maleszensus Testis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung seltener oder komplexer endokrinologischer Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Metabolisches Syndrom	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Verdauungstraktes			
KM	Krankheiten der Verdauungsorgane	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und Basistherapie von Patienten mit Erkrankungen der Verdauungsorgane, auch bei funktionellen Störungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung komplexer gastroenterologischer Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Ernährungsberatung und Diätetik bei Erkrankungen des Verdauungstraktes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hämatologische und onkologische Erkrankungen			
KM	Hämatologische, onkologische und hämostaseologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Behandlung häufiger hämatologischer und hämostaseologischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung onkologischer, komplexer hämatologischer, und hämostaseologischer Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Management bei dauerhaften zentralvenösen Zugängen, z. B. Port, Hickman, Broviac	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Primäre und sekundäre Immundefekte und Dysregulationen			
KM	Angeborene und erworbene Störungen des Immunsystems	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung bei Immundefekten und Dysregulationen sowie unter Immunsuppression einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

		Einrichtung	Persönlich
Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems			
KM	Angeborene oder erworbene Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Erkennung abklärungsbedürftiger kardialer Symptome	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung kardiologischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege			
KM	Akute und chronische Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Behandlung häufiger nephro-urologischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und konservative Therapie von Blasenfunktionsstörung und Inkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung komplexer Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Behandlung akuter Störungen des Wasser-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushaltes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Behandlung des Bluthochdrucks	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems und des neuromuskulären Systems			
KM	Neuropädiatrische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und Therapie häufiger neuropädiatrischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung komplexer neuropädiatrischer Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und Therapie bei Gelegenheitsanfällen und des Krampfanfalls bei Fieber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und Therapie des Kopfschmerzes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheumatische Erkrankungen			
KM	Entzündlich-rheumatische Systemerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung und Überwachung von Physiotherapie, Ergotherapie einschließlich der Hilfsmittelversorgung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Basisbehandlung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen und Systemerkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung komplexer rheumatischer Erkrankungen und Systemerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselerkrankungen			
KM	Angeborene Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Zielerkrankungen des Neugeborenencreenings	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Einleitung einer Notfalltherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung angeborener Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Chirurgisch zu behandelnde Krankheitsbilder			
KM	Chirurgische Krankheitsbilder, Fehlbildungen, Verletzungen und Verbrennungen einschließlich operativer und konservativer Therapieverfahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik von chirurgischen Krankheitsbildern, Einleitung der weiterführenden operativen Therapie sowie Weiterbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

		Einrichtung	Persönlich
Erkrankungen der Haut			
KM	Hauterkrankungen und Hautmanifestationen von Systemerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und Therapie häufiger Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung komplexer Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Bewegungsapparates			
KM	Erkrankungen und Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und konservative Therapie von Erkrankungen und Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Prävention			
H	Organisation und Durchführung von primären bis tertiären Präventionsmaßnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Spezifische Impfberatung auf Grundlage der STIKO-Empfehlungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Früherkennungsuntersuchungen in den verschiedenen Altersstufen, davon	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- im Säuglingsalter (U2-U6)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- im Kindesalter (U7-U9)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- im Schul- sowie Jugendalter (z. B. J1)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Stoffwechselscreening bei Neugeborenen einschließlich Tracking	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Neugeborenenhörscreening einschließlich Tracking	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Prävention von System- und Organerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Beratung bezüglich toxikologischer und umweltmedizinischer Faktoren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Beratung zur Unfallprävention	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diagnostische Verfahren			
H	Sonographie einschließlich Dopplertechnik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- des Abdomens und des Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- der Nieren und ableitenden Harnwege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- des Gehirns	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- der Gelenke und Weichteile	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- der Säuglingshüfte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- der Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung und Befundinterpretation bildgebender und funktioneller Verfahren sowie weiterer technischer Untersuchungsverfahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Standardisierte Untersuchungen der Sprache und des Sprechens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Richtungsweisende Untersuchungen des Seh- und Hörvermögens mit standardisierten Methoden, z. B. Tonschwellenaudiometrie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Langzeit-Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Elektrokardiogramm	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Elektroenzephalogramm	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel
Einrichtung

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Anlagen bei:

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

1. beruflicher Werdegang bei Erstantrag
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. aktueller Arztregisterauszug der Kassenärztlichen Vereinigung (Tel. 0385 / 74 31 363)