



**Antrag auf Erwerb einer Befugnis zur Weiterbildung und
Antrag auf Zulassung der Weiterbildungsstätte
für die Facharzt-Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie**

Bitte beachten Sie, alle notwendigen Anlagen den Antragsunterlagen beizufügen.

Teil 1: Angaben zur Person (WBB)

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.
--------------------------	---

Beantragter Umfang für die Facharzt-Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie		Monate
--	--	--------

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"/>	

A. Die Befugnis wird beantragt für die Weiterbildung im stationären Bereich (Akut-, Rehabilitationseinrichtungen)

Tätigkeit des Weiterbilders als:					
<input type="checkbox"/> Chefarzt		<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

Weitere Tätigkeit <u>in einer weiteren</u> Einrichtung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
in einem Umfang von		Wochenstunden	
Angabe des weiteren Tätigkeitsortes			

B. Die Befugnis wird beantragt für die Weiterbildung im ambulanten Bereich (ärztliche Praxen, Institutsambulanzen, Tageskliniken, poliklinische Ambulanzen und Medizinische Versorgungszentren)

Tätigkeit des Weiterbilders in der ambulanten Versorgung als ...					
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt					
<input type="checkbox"/> Mit einem vollzeitigem Versorgungsauftrag		<input type="checkbox"/> Mit einem <u>häufigen</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

Teilnahme an Qualitätssichernden Maßnahmen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche			

Teil 2: Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)

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

A. Angaben zur stationären Weiterbildungsstätte

Weiterbildungsstätte ist		
ein 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
		Ärzte in Weiterbildung
		Psychologen, davon Psychologische Psychotherapeuten

B. Angaben zur ambulanten Weiterbildungsstätte

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

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

Statistische Angaben zur Weiterbildungsstätte

A. Statistische Angaben zur <u>stationären</u> Weiterbildungsstätte		
Anzahl im letzten Jahr der		
	Fallzahl stationär behandelter Patienten	
	Fallzahl ambulant behandelter Patienten	
	Fallzahl behandelter Patienten in Tageskliniken	
	Fallzahl behandelter Patienten in Notaufnahme	

B. Statistische Angaben zur <u>ambulanten</u> Weiterbildungsstätte		
Anzahl im letzten Abrechnungsquartal der		
	Behandlungsfälle	
	Patientenkontakte	
	Scheinzahl	

Statistische Angaben zur stationären/ambulanten Weiterbildungsstätte	Einrichtung
Zahl der durchgeführten, supervidierten und dokumentierten Erstuntersuchungen (Theorie und Technik der Anamnese- und Befunderhebung unter Einbeziehung biologisch-somatischer, psychopathologischer, psychologischer, psychodynamischer und sozialer Gesichtspunkte)	Anzahl/Jahr
Durchgeführte, von der Ärztekammer zertifizierte, Fortbildungsveranstaltungen	Anzahl/Jahr
Durchgeführte Seminare zu	
- Psychopathologie (AMDP)	Anzahl/Jahr
- Sozialpsychiatrie	Anzahl/Jahr
- Psychopharmakologie (einschließlich Indikation, Wechselwirkungen, Missbrauch und Betäubungsmittel)	Anzahl/Jahr
- Krisenintervention, Angabe in Stunden	Anzahl/Jahr

- Theoretische Grundlagen der Psychotherapie	Anzahl/Jahr	
- Psychosomatik	Anzahl/Jahr	
- Psychiatrischer Begutachtung	Anzahl/Jahr	
Auflistung der an der WB-Stätte am häufigsten durchgeführten Testuntersuchungen einschließlich neuropsychologischer Untersuchungsmethoden		
1.	Anzahl/Jahr	
2.	Anzahl/Jahr	
3.	Anzahl/Jahr	
4.	Anzahl/Jahr	
5.	Anzahl/Jahr	
Elektroencephalographien (Indikationsstellung)	Anzahl/Jahr	
Lumbalpunktionen (Durchführung)	Anzahl/Jahr	
Craniale Bildgebungen (Indikationsstellung)	Anzahl/Jahr	
Neuroradiologische Demonstration und Fallbesprechung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychotherapeutische Ausrichtung		
- Kognitive- und Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Tiefenpsychologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Systemische Therapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fakultatives Angebot von Zweitverfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche? Bitte eintragen:		

Gruppentherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Praktische Anwendung von Entspannungsverfahren		
- Kurse Autogenes Training	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Kurse Progressive Muskelrelaxation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Andere Entspannungsverfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychiatrisch-psychotherapeutische Konsil- und Liaisonarbeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen (gemäß ICD-10; gegenwärtig, nicht in Remission)	Einrichtung
<i>F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen</i>	
- F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit	Anzahl/Jahr
- F01 Vaskuläre Demenz	Anzahl/Jahr
- F02 Demenz bei sonstigen Erkrankungen	Anzahl/Jahr
- F05 Delir, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt	Anzahl/Jahr
- F06 Sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	Anzahl/Jahr
- F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	Anzahl/Jahr
<i>F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</i>	
- F10 Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol	Anzahl/Jahr
- F1x Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Anzahl/Jahr
<i>F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen</i>	
- F20.x Schizophrenie	Anzahl/Jahr
- F23.x Akute vorübergehende psychotische Störungen	Anzahl/Jahr
- F25 Schizoaffektive Störungen	Anzahl/Jahr

F3 Affektive Störungen	
- F31 Bipolare affektive Störungen	Anzahl/Jahr
- F32 Depressive Episode	Anzahl/Jahr
- F32.0	Anzahl/Jahr
- F32.1	Anzahl/Jahr
- F32.2	Anzahl/Jahr
- F32.3	Anzahl/Jahr
- F33 Rezidivierende depressive Störung	Anzahl/Jahr
- F33.0	Anzahl/Jahr
- F33.1	Anzahl/Jahr
- F33.2	Anzahl/Jahr
- F33.3	Anzahl/Jahr
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	
- F40 Phobische Störung	Anzahl/Jahr
- F41 Angststörung	Anzahl/Jahr
- F42 Zwangsstörung	Anzahl/Jahr
- F43 Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	Anzahl/Jahr
- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	Anzahl/Jahr
- F44 Dissoziative Störungen	Anzahl/Jahr
- F45 Somatoforme Störungen	Anzahl/Jahr

- F48 Sonstige neurotische Störungen	Anzahl/Jahr
F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren	
- F 50 Essstörungen	Anzahl/Jahr
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
- F60.x Persönlichkeitsstörungen	Anzahl/Jahr
- F60.31 Borderline-Persönlichkeitsstörung	Anzahl/Jahr
- F61 Kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen	Anzahl/Jahr
- F62 Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	Anzahl/Jahr
- F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	Anzahl/Jahr
F7 Intelligenzminderung	
F8 Entwicklungsstörungen	
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
	Anzahl/Jahr

Für die Weiterbildung im <u>ambulanten</u> Bereich: 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

Teil 3: vermittelbare Weiterbildungsinhalte nach WBO

*** 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 eine vollständige Handlungskompetenz vermittelt werden kann = „selbständig durchführen“.

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

Folgende Facharzt-Kompetenzen sind an der WB-Stätte von mir/uns vollständig vermittelbar:

Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie			
KM	Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Deeskalierende Maßnahmen im Vorrang zu Zwangsmaßnahmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychiatrische Krankheitslehre und Diagnostik			
KM	Allgemeine und spezielle Psychopathologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen und Störungen unter Einbeziehung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Somatische, insbesondere neurobiologische, soziale und psychologische Grundlagen und Differentialdiagnostik sowie Verlauf psychischer Erkrankungen und Störungen einschließlich Transitionsphasen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen der Psychotherapie in den wissenschaftlich anerkannten Verfahren, insbesondere der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der Verhaltenstherapie, der systemischen Therapie sowie der Neuropsychologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen der somatischen und psychotherapeutischen Behandlung in der forensischen Psychiatrie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Psychodiagnostische Testverfahren, neuropsychologische und neurophysiologische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Psychiatrische und psychotherapeutische Anamnese- und Befunderhebung unter Einbeziehung familiärer, psychosozialer, altersspezifischer, epidemiologischer und transkultureller sowie kultur- und wertorientierter Gesichtspunkte einschließlich der Anwendung standardisierter Verfahren sowie Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung und Befundinterpretation von elektrophysiologischen Methoden, z. B. Elektroenzephalographie		

H	Indikationsstellung und Befundinterpretation bildgebender Verfahren, z. B. kraniale Computertomographie, Kernspin- und Positronen-Emissions-Tomographie	-	
H	Lumbalpunktionen einschließlich der Interpretation von Liquordiagnostik	-	
KM	Grundlagen der neuropsychiatrischen Differentialdiagnostik und der klinisch-neurologischen Diagnostik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Psychiatrische und psychotherapeutische Konsiliar- und/oder Liaisondienste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik von psychischen Erkrankungen und Störungen im Alter unter Berücksichtigung von Multimorbidität und Einbeziehung des psychosozialen Umfeldes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen			
KM	Psychische Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Technik der Behandlung durch Spezialtherapeuten, z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Heilpädagogen, Sprach-, Bewegungs- und Kreativtherapeuten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Angehörigenarbeit und trialogische Arbeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Spezielle Versorgungsformen, z. B. Home Treatment, Akutbehandlung im häuslichen Umfeld, Interventionen in den Bereichen Wohnen und Arbeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Einleitung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Selbstständigkeit und Minderung der Pflegebedürftigkeit, zur Sicherung der Geschäftsfähigkeit sowie Einleitung von Vorsorgevollmacht, Betreuung und Pflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Psychiatrische und psychotherapeutische Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen mittels bio-psycho-sozialem Behandlungsansatz unter Berücksichtigung der Transitionsphasen, davon	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Therapie von Traumafolgestörungen mittels wissenschaftlich anerkannten Verfahren bei Patienten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen der Psychopharmakologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Somatische Therapieverfahren, z. B. Lichttherapie, Stimulationsverfahren, Schlafphasenverschiebung und Wachtherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen der psychosozialen Therapien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Einleitung und Überwachung von ergotherapeutischen, sport- und bewegungstherapeutischen und kreativtherapeutischen Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung von Folgen psychischer Erkrankungen und Störungen auf somatische Funktionen sowie Behandlung von Folgen somatischer Erkrankungen auf psychische Funktionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen aufgrund von Störungen der Schlaf-Wach-Regulation, der Schmerz Wahrnehmung und der Sexualentwicklung und -funktionen einschließlich Störungen der sexuellen Identität	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Psychopharmakotherapie einschließlich Drugmonitoring, der Erkennung und Verhütung unerwünschter Therapieeffekte sowie der Probleme der Mehrfachverordnung und Risiken des Arzneimittelgebrauchs unter Einbeziehung rechtlicher, ökonomischer und ethischer Fragen einschließlich der Besonderheiten der Pharmakologie im Alter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Mitwirkung bei Elektrokonvulsionstherapie (EKT) und anderen Hirnstimulationsverfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

H	Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen im Alter unter Berücksichtigung von Multimorbidität, Polypharmazie und Einbeziehung des psychosozialen Umfeldes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen der Palliativmedizin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Entspannungsverfahren, z. B. autogenes Training, progressive Muskelrelaxation, Hypnose		
H	Anwendung supportiver und psychoedukativer Methoden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Psychiatrisch-psychotherapeutische Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung von Syndrom und Krankheitsstadium, der eingeschränkten kognitiven und affektiven Wahrnehmungsfähigkeit und Introspektionsfähigkeit des Patienten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Psychotherapeutische evidenzbasierte Kurzinterventionen (Techniken), die aus den wissenschaftlichen anerkannten Therapieverfahren und -methoden hergeleitet sind, in Therapieeinheiten in vier Sitzungen á mindestens 20 Minuten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Durchführung wissenschaftlich anerkannter Psychotherapieverfahren und Methoden im verhaltenstherapeutischen Verfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Durchführung wissenschaftlich anerkannter Psychotherapieverfahren und Methoden im psychodynamischen/tiefenpsychologischen Verfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Durchführung wissenschaftlich anerkannter Psychotherapieverfahren und Methoden im Verfahren der systemischen Therapie (Einzel-, Paar- oder Familientherapie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Theorie- und Fallseminare	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	dokumentierte Fälle Einzelpsychotherapie (<i>bei systemischer Therapie auch Paar- und Familientherapie</i>) mit Patienten in der jeweiligen Grundorientierung unter Supervision, davon	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Kurzzeitpsychotherapien von 5 bis 25 Stunden Therapiedauer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Psychotherapien von mindestens 25 Stunden Therapiedauer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Langzeittherapien von mindestens 45 Stunden Therapiedauer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Gruppenpsychotherapie mit 3 bis 9 Teilnehmern unter Supervision	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Koordination der sozialpsychiatrischen Behandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen bei Menschen mit Behinderung und mit Intelligenzminderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Suchtmedizinische (Grund-)Versorgung			
H	Entzugs- und Substitutionsbehandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Krisenintervention und suchtmmedizinische Notfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Qualifizierte Entzugsbehandlung aller stoffgebundenen Süchte, insbesondere Alkohol, Medikamente, Nikotin und illegale Drogen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Suchthilfesystem, z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Anamneseerhebung bei Menschen mit substanzabhängigen und substanzunabhängigen Abhängigkeitserkrankungen einschließlich der Berücksichtigung der Motivationsentwicklung und des sozialen Umfeldes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

H	Suchtmedizinische Behandlung und Beratung von Menschen mit krankhaftem stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Suchtverhalten mit Anwendung von somatotherapeutischen und psychotherapeutischen Verfahren einschließlich der motivierenden Gesprächsführung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Prävention und Rehabilitation			
KM	Klassifikationsmodelle der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen, z. B. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention bei psychischen Erkrankungen und Störungen einschließlich Suchterkrankungen, auch bei Ko- und Multimorbidität mit somatischen Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Primärprävention psychischer Störungen in Familien mit psychisch kranken Eltern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beratung, Koordination, Begleitung und Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen zur Teilhabe an allen Lebensbereichen einschließlich Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Befunderstellung für Rehabilitationsanträge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Notfälle			
H	Krisenintervention bei Suizidalität, Intoxikation, Delir, maniformen Syndromen, katatonen Syndromen, akuten Angstzuständen, dissoziativen Syndromen und anderen Notfällen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Selbsterfahrung			
	Ermöglichung der Selbsterfahrung durch Kooperation oder Freistellung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Balintgruppenarbeit oder interaktionsbezogene Fallarbeit in Doppelstunden	<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
2. Beschreibung der beruflichen/ärztlichen Tätigkeitsfelder und der Charakteristika der WB-Stätte
3. das gegliederte Programm für die Umsetzung der Weiterbildung im beantragten Gebiet an der Weiterbildungsstätte (§ 5 Abs. 10 WBO ÄK MV 2020)
4. Darstellung der apparativen Ausstattung der Weiterbildungsstätte
5. Für die Weiterbildung im ambulantem Bereich: aktueller Arztregisterauszug der Kassenärztlichen Vereinigung (Tel: 0385/7431363)
6. Formular: Erklärung zur Teilnahme an Verbundregelungen

Das entsprechende Formular für Punkt 6 Sie unter:

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