



**Antrag auf Erwerb einer Befugnis zur Weiterbildung und
Antrag auf Zulassung der Weiterbildungsstätte
im Fachgebiet Arbeitsmedizin**

Bitte beachten Sie, alle notwendigen Anlagen den Antragsunterlagen beizufügen.

<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Folgeantrag
-------------------------------------	--------------------------------------

<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 in der Facharzt-Weiterbildung Arbeitsmedizin		Monate
--	--	--------

Vorname Name Titel Antragsteller	
Geburtsdatum	
Geburtsort	

Angaben der zukünftigen Weiterbildungsstätte/n

	Träger der Einrichtung			
	Name des ärztlichen Leiters der WBS			
	Anschrift			
	Telefon		E-Mail	
	Homepage			

Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung		seit	
<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	Std./Woche	

Bisherige Anerkennungen

<input type="checkbox"/>	Facharzt		seit	
<input type="checkbox"/>	Fachkunden		seit	
<input type="checkbox"/>	Zusatzbezeichnungen		seit	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:			

Ist ein aktuelles Fortbildungszertifikat vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja ausgestellt am:	<input type="checkbox"/> nein
---	--	-------------------------------

oder

aktuelle Fortbildungspunkte:	
------------------------------	--

Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)

Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung		
Ärzte		
	Ärzte insgesamt	<i>Anzahl</i>
	Fachärzte für Arbeitsmedizin	<i>Anzahl</i>
	Ärzte in Weiterbildung im beantragten Fach	<i>Anzahl</i>
	andere Facharztbezeichnung	<i>Anzahl</i>
	davon mit ZB Betriebsmedizin	<i>Anzahl</i>
Arbeitsmedizinisches Assistenzpersonal		
	Gesundheits- und Krankenpfleger	<i>Anzahl</i>
	Arzthelferinnen/MFA	<i>Anzahl</i>
	MTA	<i>Anzahl</i>
	Sicherheitsfachkräfte	<i>Anzahl</i>
	Messtechniker	<i>Anzahl</i>
Sachbearbeiter		
	Medizinische Dokumentation und Statistik	<i>Anzahl</i>
	Sonstige	<i>Anzahl</i>

Räumliche und Geräteausstattung (bitte als Anlage dem Antrag mit beifügen)	
	Angaben zur Anzahl/Größe der Räume (ggf. mit Skizze) sowie der wesentlichen Geräte wie Röntgen, EKG, Ergometrie, Laborausstattung, Sehtestgeräte, Audiometer, Perimeter usw.

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

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

Die weiterzubildenden Ärzte zum FA für Arbeitsmedizin erhalten ein gegliedertes Programm (36 Monate) für die Weiterbildung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wann wurde es zuletzt aktualisiert?		
Die weiterzubildenden Ärzte für die Z-WB Betriebsmedizin erhalten ein gegliedertes Programm (9 Monate) 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"/>	

ANLAGE

für die Facharztkompetenz Arbeitsmedizin

Angaben zur Einrichtung

vertraglich vereinbarte betriebsärztliche Einsatzzeit im Kalenderjahr:	
--	--

Anzahl der betreuten Betriebe (auch Fachabteilungen) und Verwaltungen nach Größe und Branche

	Anzahl		Anzahl
▶ bis 10 Beschäftigte		▶ 51-200 Beschäftigte	
▶ 11-50 Beschäftigte		▶ > 200 Beschäftigte	

▶ Energie, Wasser- und Abwasserwirtschaft		▶ Verwaltungsbetriebe	
▶ Feinmechanik- und Elektroindustrie/-handwerk		▶ Verkehrsbetriebe	
▶ Textilindustrie/-handwerk		▶ Gesundheitswesen	
▶ Maschinen- und Metallbau und -verarbeitung		▶ Druck- und Papierverarbeitung	
▶ Chemische Industrie		▶ Nahrungs- und Genussmittel, Gaststätten	
▶ Handelsbetriebe		▶ Bauwirtschaft/-handwerk	

sonstige (bitte benennen)

▶		
▶		
▶		

Sofern in eigener Niederlassung tätig: 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 Arbeitsmedizin

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 bzw. geben Sie hier eine Zahl nur dann an, wenn die Handlungskompetenz vollständig vermittelt werden kann = „selbständig durchführen“.

Die dunkel markierten Zellen sind nicht auszufüllen und bleiben leer.

In die weißen Zellen tragen Sie bitte eine Zahl ein.

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

		Einrichtung (Zahl)	Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Arbeitsmedizin					
KM	Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Duales Arbeitsschutzsystem durch den Staat und die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Betriebliche Organisationsstrukturen und Ablaufprozesse			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beratung von Arbeitgebern, Beschäftigten und deren Interessenvertretungen im Fall arbeitsbedingter Gefährdung der Gesundheit einschließlich psychischer Belastung und Beanspruchung				
KM	Berufskunde			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Konzepte der Arbeitsmedizin, z. B. Belastungs-Beanspruchungs-Konzept und Dosis-Wirkungs-Beziehungen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen der Epidemiologie und Statistik			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Arbeitsphysiologie			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

		Einrichtung (Zahl)	Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
KM	Grundlagen der Sozialmedizin			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Sozialmedizinische Beratung			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen der Reise-, Tropen- und Flugmedizin			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beratung über gesundheitsgerechtes Verhalten im Ausland einschließlich der Expositionsprophylaxe, bei gesundheitlichen Einschränkungen sowie bei Reisen während der Schwangerschaft				
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
H	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung				
Funktionsstörungen und Erkrankungen von Organsystemen					
KM	Differentialdiagnose und Therapieoptionen bei Funktionsstörungen und Erkrankungen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- des Auges			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- des Blutes und der Blutgerinnung			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- des Endokriniums und Stoffwechsels			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- des Gastrointestinaltraktes			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- von Hals, Nase und Ohren			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- der Haut			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- des Herzkreislaufsystems			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- der Lunge			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- des Muskel-Skelettsystems			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- des Nervensystems			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- der Psyche			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- des Urogenitalsystems einschließlich Niere			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Differentialdiagnose und Therapieoptionen bei nichtinfektiösen, infektiösen, toxischen und neoplastischen sowie von allergischen, immunologischen, metabolischen, ernährungsabhängigen und degenerativen Erkrankungen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Berufsbezogene Risiken			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Berufsanamnese mit Erhebung von berufsbezogenen Risiken und Symptomen				
H	Bewertung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit sowie der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit anhand von			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- EKG				
H	- Lungenfunktionsprüfung				
H	- Ergometrie				
H	- apparative Techniken zur richtungsweisenden Untersuchung des Hörvermögens				
H	- apparative Techniken zur richtungsweisenden Untersuchung des Sehvermögens				
H	Indikationsstellung zu und Befundinterpretation von radiologischen Untersuchungen				

		Einrichtung (Zahl)	Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
Primärprävention					
KM	Verhältnisprävention und Verhaltensprävention einschließlich Arbeitsplatzgestaltung, Ergonomie, Arbeitshygiene und Unfallprävention			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Betriebs- und Arbeitsplatzbegehung, Arbeitsplatzbeurteilung, Gefährdungsbeurteilung einschließlich psychischer Belastungen, Risikobeurteilung, z. B. für besondere Beschäftigungsgruppen wie Jugendliche, Schwangere, leistungsgewandelte Beschäftigte				
H	Beratung und Gefährdungsbeurteilung im Rahmen des Mutterschutzgesetzes				
H	Beratung zu Maßnahmen der Verhaltensprävention, Präventionsberatung			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beurteilung von Messergebnissen verschiedener Arbeitsumgebungsfaktoren, z. B. Lärm, Klima, Beleuchtung, Gefahrstoffe				
H	Beratung zur Auswahl von persönlichen Schutzausrüstungen, z. B. beim Umgang mit Gefahrstoffen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundzüge der Pandemieplanung im Betrieb			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Durchführung von Maßnahmen der Infektionsprophylaxe im Betrieb			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Organisation der Ersten Hilfe im Betrieb			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sekundärprävention					
H	Früherkennungsuntersuchungen bei Risikofaktoren und arbeitsbedingten Erkrankungen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Vorsorge gemäß Verordnung arbeitsmedizinischer Vorsorge				
H	Eignungsuntersuchungen und Eignungsbeurteilungen nach entsprechenden Rechtsverordnungen einschließlich verkehrsmedizinischer Untersuchungen				
Tertiärprävention					
H	Beratung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement einschließlich individueller Einzelmaßnahmen				
KM	Medizinische, arbeitsplatzbezogene, betriebliche und soziale Rehabilitation			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung bei Beschäftigten, z. B. mit chronischen Erkrankungen und bei leistungsgewandelten Beschäftigten			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitsbedingte Erkrankungen einschließlich Berufskrankheiten					
H	Berufskrankheiten gemäß SGB VII und gemäß Berufskrankheiten-Verordnung, insbesondere			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Infektionskrankheiten und Tropenkrankheiten			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Atemwegserkrankungen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Hautkrankheiten			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Meldung des Verdachts von Berufskrankheiten gemäß SGB VII				
KM	Arbeits(mit)bedingte Erkrankungen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beteiligung am Feststellungsverfahren für Berufskrankheiten			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

		Einrichtung (Zahl)	Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
H	Finale und kausale Gutachtenerstellung einschließlich Zusammenhangsgutachten bei Berufskrankheiten			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Wechselwirkungen zwischen Arbeit und Volkskrankheiten			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitstoxikologie					
KM	Toxikologische Grundlagen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen der Kanzerogenese			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Biomonitoring am Arbeitsplatz				
KM	Ambient Monitoring			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beurteilung chemischer Belastungen und Beanspruchungen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beratung beim Umgang mit Gefahrstoffen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeit und psychische Gesundheit					
KM	Grundlagen psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder und Symptome			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie einschließlich betrieblichem Konflikt- und Stressmanagement			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beurteilung psychischer Belastungen und Beanspruchungen				
H	Beratung und Begleitung im Rahmen betrieblicher Suchtprävention			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Psychologische und psychometrische Analyseverfahren und Fragebögen zur Gefährdungsbeurteilung			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Auswirkungen kultureller Faktoren und Einflüsse auf den Zusammenhang von Arbeit und psychischer Gesundheit			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Umweltmedizinische Risikofaktoren					
H	Erfassung, Beschreibung und Beurteilung von Umweltfaktoren hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Relevanz am Arbeitsplatz			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Umweltmedizinische Beratung, z. B. bei umweltassoziierten Belastungen, umweltbezogenen Syndromen, umweltbedingten Erkrankungen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Betriebliches Gesundheitsmanagement					
KM	Grundlagen der Förderung der Gesundheit der Beschäftigten			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beratung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement in Unternehmen und Organisationen				
KM	Grundsätze der Salutogenese			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundsätze gesunder Führung			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Instrumente der Gesundheitsförderung			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Koordination von Präventionsdienstleistern im Betrieb				

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 evtl. Besonderheiten der WB-Stätte
3. das gegliederte Programm für die Umsetzung der Weiterbildung im beantragten Weiterbildungsabschnitt an der Weiterbildungsstätte für Arbeitsmedizin und ggf. Betriebsmedizin (§ 5 Abs. 10 WBO ÄK MV 2020)
4. Darstellung der räumlichen sowie der Geräteausstattung an der Weiterbildungsstätte
5. Sofern in eigener Niederlassung tätig, ein aktueller Arztregisterauszug der Kassenärztlichen Vereinigung (Tel. 0385 / 74 31 363)