



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

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>
--------------------------	--

Beantragter Umfang für die Facharzt-Weiterbildung Allgemeinchirurgie	Monate
---	---------------

Tätigkeit 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
<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		

<input type="checkbox"/>	Als Belegarzt
Bei einer Belegarztstätigkeit Anzahl der Belegbetten (Bitte entsprechende Kopie des Belegarztvertrages beifügen.)	
Anzahl der Behandlungsfälle pro Jahr	

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			

Machen Sie Hausbesuche?	<input type="checkbox"/>	ja, durchschnittlich		im Quartal
	<input type="checkbox"/>	nein		

Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)

Weiterbildungsstätte	
<input type="checkbox"/>	Einzelpraxis / Praxisgemeinschaft
<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis mit:
<input type="checkbox"/>	Tagesklinik
<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	
--	--

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 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.

ja

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 Allgemein Chirurgie

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“.

Bitte geben Sie wie folgt Auskunft (alle Zeilen sind auszufüllen):

Mit **KM** gekennzeichnete Zeilen bitte wie folgt angeben: **X** = Kompetenz vorhanden; **Ø** = Kompetenz nicht vorhanden

Mit **H** gekennzeichnete Zeilen grundsätzlich eine Anzahl (z.B. der durchgeführten Behandlungen/Untersuchung/Verfahren) angeben.

Sollte eine Angabe der Anzahl nicht sinnvoll erscheinen, bitte mit **X** = Kompetenz vorhanden, kennzeichnen,

Ist eine Kompetenz nicht vermittelbar, bitte mit **Ø** = Kompetenz nicht vorhanden, kennzeichnen.

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

Gemeinsame Inhalte der Facharzt-Weiterbildungen im Gebiet Chirurgie		werden vermittelt
Übergreifende Inhalte im Gebiet Chirurgie		
KM	Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien	
H	Chirurgische Techniken und Instrumentengebrauch, insbesondere Inzision, Präparation, Retraktion, Naht- und Knotentechniken	
H	Chirurgische perioperative Behandlung einschließlich Vorbereitung, Lagerungstechniken, Nachsorge und Komplikationsmanagement sowie Indikationsstellung zu weiterführenden Maßnahmen	
H	Techniken der temporären Ruhigstellung und Fixationsverbände	
H	Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von Thrombosen	
KM	Wundheilung und Narbenbildung	

H	Wundmanagement und stadiengerechte Wundtherapie sowie Verbandslehre einschließlich verschiedene Wundauflagen, Unterdruck- und Kompressionstherapie	
H	Defektdeckung bei akuten und chronischen Wunden	
KM	Grundlagen der medikamentösen Tumortherapie	
KM	Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten	
KM	Scoresysteme und Risikoeinschätzung	
Lokalanästhesie und Schmerztherapie		
H	Lokal- und Regionalanästhesien	
H	Abklärung peri- und postoperativer Schmerzzustände	
H	Diagnostik und Therapie nach dokumentierten Schmerztherapieplänen	
H	Behandlung von Patienten mit komplexen Schmerzzuständen	
H	Injektionen und Punktionen	
Notfall- und Intensivmedizin Die jeweils 6-monatige WB-Abschnitte Notaufnahme und Intensivmedizin müssen in der Regel durch Kooperation mit den jeweils für die Notaufnahme bzw. Intensivstation zuständigen Weiterbildungsbefugten erfolgen.		wird vermittelt
H	Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschließlich lebensrettender Maßnahmen	
H	Kardiopulmonale Reanimation	
KM	Pathophysiologie von schweren Verletzungen, des Polytraumas und deren Folgen	
H	Indikationsstellung zur Notfall-Laparotomie und Thorakotomie	
H	Überwachung, Monitoring, Dokumentation und Betreuung von intensivmedizinischen Patienten	
KM	Differenzierte Beatmungstechniken	
H	Atemunterstützende Maßnahmen bei intubierten und nicht-intubierten Patienten	
KM	Beatmungsentwöhnung bei langzeitbeatmeten Patienten	
H	Mitbehandlung bei septischen Krankheitsbildern	
KM	Pharmakologie der Herz-Kreislauf-Unterstützung	
H	Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung	
H	Zentralvenöse Zugänge	
H	Arterielle Kanülierung und Punktionen	
H	Thorax-Drainage	
H	Legen eines transurethralen und suprapubischen Katheters	

Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildungen Allgemeinchirurgie

Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Viszeralchirurgie		Einrichtung	Persönlich
KM	Berufsgenossenschaftliche Heilverfahren einschließlich Durchgangsarztverfahren	ja/nein	ja/nein
KM	Grundlagen der Verwendung alloplastischer Materialien	ja/nein	ja/nein
Notfalleingriffe		Einrichtung	Persönlich
H	Erkennung, Diagnostik, Therapie und interdisziplinäres Management für den Schwer- und Mehrfachverletzten	Anzahl	Anzahl
H	Zugang zum Thorax	ja/nein	ja/nein
H	Notfalleingriffe im Bauchraum, z. B. bei Ileus, Blutung, Peritonitis, Milzruptur, Hohlorganperforationen	Anzahl	Anzahl
Diagnostische Verfahren		Einrichtung	Persönlich
H	Sonographische Untersuchungen des Abdomens und des Retroperitoneums	ja/nein	ja/nein
H	Sonographische Untersuchungen der Urogenitalorgane	ja/nein	ja/nein
H	Notfallsonographien (eFAST)	ja/nein	ja/nein
H	Sonographie des Bewegungsapparats	ja/nein	ja/nein
H	Rektosigmoidoskopie	ja/nein	ja/nein
H	Proktoskopie	ja/nein	ja/nein
H	Indikation, Durchführung und Befunderstellung von konventioneller Röntgendiagnostik, davon	ja/nein	ja/nein
H	- Notfalldiagnostik: Röntgendiagnostik ohne CT im Rahmen der Erstversorgung bei Erwachsenen und Kindern	ja/nein	ja/nein
H	- Skelett, Schädel, Stamm- und Extremitätenskelett in angemessener Gewichtung	ja/nein	ja/nein
H	- intraoperative radiologische Befundkontrolle	ja/nein	ja/nein
H	Indikationsstellung und Befundinterpretation weiterer bildgebender Verfahren	ja/nein	ja/nein
Weichteilverletzungen, Wunden und Verbrennungen		Einrichtung	Persönlich
H	Weichteileingriffe, z. B. an Sehnen, Bändern, Muskeln, Haut, Weichteiltumoren und bei Infektionen	Anzahl	Anzahl
H	Prävention, Diagnostik und Therapie des zentralen und peripheren Kompartmentsyndroms	Anzahl	Anzahl
H	Diagnostik und Therapie unkomplizierter Weichteilverletzungen	ja/nein	ja/nein
H	Erkennung und Erstversorgung von komplexen Weichteilverletzungen und Verbrennungen	ja/nein	ja/nein

H	Resektion gutartiger oberflächlicher und peripherer Weichteiltumore	Anzahl	Anzahl
H	Inzision und Exzision von Hautabszessen	Anzahl	Anzahl
Konservative Therapiemaßnahmen		Einrichtung	Persönlich
H	Konservative Behandlung einschließlich schmerztherapeutischer Maßnahmen bei Luxationen, Frakturen, Distorsionen	Anzahl	Anzahl
Verletzungen, Erkrankungen und Funktionsstörungen der Hand		Einrichtung	Persönlich
KM	Häufigste Verletzungen und Funktionsstörungen der Hand	ja/nein	ja/nein
H	Erkennung und Erstversorgung von komplexen Verletzungen, Erkrankungen und Funktionsstörungen der Hand	Anzahl	Anzahl
H	Diagnostik, konservative und operative Therapie von nicht-komplexen Verletzungen und Funktionsstörungen der Hand	ja/nein	ja/nein
Verletzungen, Erkrankungen und Funktionsstörungen der viszerale Organe und Gefäße		Einrichtung	Persönlich
H	Implantation und Explantation von intravenösen Portkathetern	ja/nein	ja/nein
H	Operative Versorgung von Perianalabszessen	ja/nein	ja/nein
H	Exzision von Perianalvenenthrombosen	ja/nein	ja/nein
H	Hämorrhoidenoperation einschließlich Therapie einer Fissur	ja/nein	ja/nein
H	Operative Therapie von Hernien, davon	ja/nein	ja/nein
H	- Leistenhernie	ja/nein	ja/nein
H	- Bauchwandhernie	ja/nein	ja/nein
H	- Narbenhernie	ja/nein	ja/nein
KM	Methoden der Gefäßfreilegung, Embolektomie und Thrombektomie	ja/nein	ja/nein
KM	Methoden der Varizenoperation	ja/nein	ja/nein
H	Laparotomien und deren Verschluss, auch minimal invasiv	ja/nein	ja/nein
H	Resektionen, Übernähungen, Exstirpationen, konventionelle, endoskopische und interventionelle Techniken, davon	ja/nein	ja/nein
H	- Appendektomie	ja/nein	ja/nein
H	- Cholezystektomie	ja/nein	ja/nein
H	- explorative Laparotomie und/oder Laparoskopie	ja/nein	ja/nein
H	- Magenübernähung	ja/nein	ja/nein
H	- Dünndarmresektion	ja/nein	ja/nein
H	- Stomaanlage und Stomarückverlagerung	ja/nein	ja/nein
H	- Eingriffe am Kolon	ja/nein	ja/nein

Verletzungen, Erkrankungen und Funktionsstörungen des Kopf- und Halsbereichs		Einrichtung	Persönlich
KM	Anomalien der anatomischen Strukturen des Halses	ja/nein	ja/nein
H	Zervikale Eingriffe, z. B. an der Schilddrüse, Tracheotomie, Lymphknoten- Probeexzision	Anzahl	Anzahl
Verletzungen, Erkrankungen und Funktionsstörungen der Bewegungsorgane		Einrichtung	Persönlich
KM	Operationsschritte bei Erkrankungen und Verletzungen an Extremitäten, Wirbelsäule, Becken und Thorax	ja/nein	ja/nein
H	Weichteileingriffe, z. B. an Sehnen, Bändern, Muskeln, Haut, Weichteiltumoren	ja/nein	ja/nein
H	Osteosynthesen bei Typ A- und B-Frakturen, davon	ja/nein	ja/nein
H	- an langen Röhrenknochen	ja/nein	ja/nein
H	- am distalen Radius	ja/nein	ja/nein
H	- am oberen Sprunggelenk	ja/nein	ja/nein
H	- bei subcapitaler Humerusfraktur	ja/nein	ja/nein
H	- am Ellenbogengelenk	ja/nein	ja/nein
H	Operative Therapie bei Infektionen an Weichteilen, Knochen oder Gelenken	ja/nein	ja/nein
H	Implantatentfernungen	ja/nein	ja/nein
Strahlenschutz		Einrichtung	Persönlich
KM	Grundlagen der Strahlenbiologie und Strahlenphysik bei der Anwendung ionisierender Strahlen am Menschen	ja/nein	ja/nein
KM	Grundlagen des Strahlenschutzes beim Patienten und Personal einschließlich der Personal-überwachung und des baulichen und apparativen Strahlenschutzes	ja/nein	ja/nein
H	Voraussetzungen zur Erlangung der erforderlichen Fachkunden im gesetzlich geregelten Strahlenschutz	ja/nein	ja/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 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)