



## Ergänzung zum Erhebungsbogen bei Beantragung einer gemeinsamen Befugnis „Weitere Antragsteller“

Bitte beachten Sie, alle notwendigen Anlagen den Antragsunterlagen beizufügen.

<b>Die Befugnis mit gemeinsam beantragt mit</b> Vorname Name	
<b>Antragsteller</b> Vorname Name	

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

Zusätzlich zur stationären Tätigkeit	
KV-Ermächtigung für	

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

<input type="checkbox"/>	<b>Sonstiges:</b>	
--------------------------	-------------------	--

<b>Weitere Tätigkeiten</b> z. B. in einer Nebenbetriebsstätte/Zweigpraxis, einer weiteren Praxisniederlassung, als angestellter Arzt in einem Krankenhaus, MVZ oder als Belegarzt etc.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
in einem Umfang von		Wochenstunden
Angabe des weiteren Tätigkeitsortes		

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

**Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)**

durchschnittliche Fallzahl/Quartal des Antragstellers in der ambulanten Tätigkeit	
---	--

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

<b>Bei der Beantragung einer WB-Befugnis für den ambulanten Bereich:</b> 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

**Bitte legen Sie folgende Anlagen dem Antrag bei:**

*(falls nicht bereits in vorherigen Antragsverfahren eingereicht, bitte als Anlage beifügen)*

1. beruflicher Werdegang,
2. Beschreibung der beruflichen/ärztlichen Tätigkeitsfelder in der WB-Stätte,
3. bei operativen Fächern: ein persönlicher Operationskatalog der letzten zwei Jahre (keine OPS-Übersicht),
4. Kompetenzbogen
5. Formular: Erklärung zur Bereitschaft der Teilnahme an Verbundregelungen (bei Fachgebiet)
6. Für die Beantragung einer WB-Befugnis im ambulanten Bereich: aktueller Arztregisterauszug der Kassenärztlichen Vereinigung (Tel. 0385 / 74 31 363)

Das entsprechende Formular für Punkt 5 finden Sie unter:

*[www.aek-mv.de](http://www.aek-mv.de) / Ärztin & Arzt / Weiterbildung/ Weiterbildungsbefugnis / Anträge auf Erteilung einer Befugnis / Anträge zum Download / Anlagen zum Antrag*