



**Antrag auf Erwerb einer Befugnis zur Weiterbildung und
Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte im stationären Bereich
Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie**

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* * Die weiteren Antragsteller müssen die Ergänzung zur Beantragung einer Gemeinsamen Befugnis beilegen.
--------------------------	---

oder

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

Beantragter Umfang in der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie	Monate
--	--------

Tätigkeit als ...			
<input type="checkbox"/> Chefarzt/Leitender Arzt	<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

zusätzlich zur stationären Tätigkeit
KV-Ermächtigung für

Weitere 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 in der ambulanten Versorgung			
	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden	% /	h/Woche
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:			

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

Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)

Weiterbildungsstätte (WBS) und Träger der Einrichtung	
Name des ärztlichen Leiters der WBS	

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 die Weiterbildungsstätte befindet

	Bettenzahl der gesamten Einrichtung
	Bettenzahl der Abteilung/Klinik (WBS)

Personalschlüssel / Personelle Besetzung der Abteilung/Klinik (WBS) für beantragte Weiterbildung (Zahlenangabe)

lt. Stellenplan	aktuell besetzt	
		Chefarzt
		Oberärzte
		Weitere Fachärzte
		Weiterbildungsärzte
		Ärzte in der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthapie

Die WBS betreibt folgende Abteilungen selbst bzw. bietet Zugang den folgenden Abteilungen, die unter folgender Leitung stehen:	
Notaufnahme	<input type="checkbox"/>		
Intensivstation	<input type="checkbox"/>		
Intermediate Care (IMC)	<input type="checkbox"/>		
Onkologische Tagesklinik	<input type="checkbox"/>	Anzahl der Plätze	
Poliklinik/Ambulanz/MVZ	<input type="checkbox"/>		
andere für die Fach-WB notwendige Abteilungen, z. B. Häma/ Onko/ Gastro/ Pneumo	<input type="checkbox"/>		

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"/>	

Wenn vorliegend: Die Weiterbildungsstätte ist/betreibt		
Teil eines vertraglich vereinbarten WB-Verbundes	<input type="checkbox"/>	mit:
Teil eines vertraglich vereinbarten WB-Netzes	<input type="checkbox"/>	mit:
lose WB-Kooperationen mit anderen WBS	<input type="checkbox"/>	mit:
Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Netzwerken, z. B. SAPV, Tumorzentren, Pflegediensten	<input type="checkbox"/>	mit:

Statistische Angaben					
	Fallzahl stationär behandelte onkologischer Patienten/Jahr	Jahr		Anzahl	
	Fallzahl ambulant behandelte onkologischer Patienten/Jahr	Jahr		Anzahl	
	Fallzahl teilstationär behandelte onkologischer Patienten in /Jahr	Jahr		Anzahl	

Angabe/Anzahl zu Weiterbildungsveranstaltungen in der Einrichtung				jährlich
Onkologische Weiterbildungsveranstaltungen im Fachgebiet				
Interdisziplinäre Weiterbildungs- und Fortbildungsveranstaltungen				
Durchführung von Obduktionen		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Qualitätssicherungsmaßnahmen, Zertifizierungen, WB-geeignete Veranstaltungen und Konferenzen etc.	
Zertifizierungen	jeweils mit Angabe von Umfang, Zeiten, Anzahl

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 Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie

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/Therapie, die primär durch einen anderen Arzt erbracht wird, auch interdisziplinär ermöglicht werden.

		Einrichtung (Zahl)	Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie					
H	Interdisziplinäre Indikationsstellung zu chirurgischen, strahlentherapeutischen, interventionellen und nuklearmedizinischen Behandlungsverfahren			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Tumorkonferenzen, davon				
H	- Falldarstellungen		Zahl in % der Gesamtfälle		

		Einrichtung (Zahl)	Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
Tumorthherapie					
KM	Pharmakologie und Wirkungsweise medikamentöser Tumorthherapie			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung zur medikamentösen Tumorthherapie unter Berücksichtigung von Komorbiditäten [inkl. Histologie und Molekularpathologie]			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Planung und Überwachung der medikamentösen Therapie bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes einschließlich der Prävention, Erkennung und Behandlung spezifischer Nebenwirkungen von Tumortheraeutika			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Medikamentöse Therapie bei Patienten mit Tumoren des Fachgebietes in Behandlungsfällen, davon				
H	- zytostatisch				
H	- zielgerichtet				
H	- immunmodulatorisch				
H	- antihormonell				
KM	Aspekte der Nachsorge bei medikamentöser Tumorthherapie			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Supportivtherapie					
KM	Grundlagen der Supportivtherapie und Rehabilitation bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Prophylaktische und interventionelle Supportivtherapie, davon				
	- Antiemnese				
	- Ernährungsberatung				
	- Diätetik einschließlich enteraler und parenteraler Ernährung				
	- Infektionsprophylaxe und Therapie von Infektionen				
	- Antikoagulation				

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 (§ 5 Abs. 10 WBO ÄK MV 2020)
4. Darstellung der onkologischen apparativen Ausstattung der Weiterbildungsstätte
5. Formular: Erklärung zur Teilnahme an Verbundregelungen

Das entsprechende Formulare für Punkt 5 finden Sie unter:

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