



**Antrag auf Erwerb einer Befugnis zur Weiterbildung und
Antrag auf Zulassung der Weiterbildungsstätte
für die Zusatzweiterbildung Betriebsmedizin**

Bitte beachten Sie, alle notwendigen Anlagen den Antragsunterlagen beizufügen.

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

Die Weiterbildung wird durchgeführt/erfolgt:	<input type="checkbox"/> 9 Monate in Vollzeit
	<input type="checkbox"/> 1200 Stunden betriebsärztliche Tätigkeit
	<input type="checkbox"/> 1200 Stunden berufsbegleitend

Vorname Name Titel Antragsteller	
Geburtsdatum	
Geburtsort	

Angaben der zukünftigen Weiterbildungsstätte/n			
	Praxisschwerpunkt (Fachrichtung)		
	Sonstiges (Einrichtung/Klinik/Abteilung)		
	Anschrift		
	Telefon	E-Mail	
	Homepage		

Berufliche Angaben des Antragstellers			
Dienststellung			seit
<input type="checkbox"/> Vollzeit		<input type="checkbox"/> Teilzeit	Std./Woche
Anteil der betriebsärztlichen Tätigkeit			Std./Woche
Anteil der anderen fachärztlichen Tätigkeit			Std./Woche

Bisherige Anerkennungen			
<input type="checkbox"/>	Facharzt		seit
<input type="checkbox"/>	Fachkunden (z. B. nach StrSchV)		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>
	Ärzte in Weiterbildung für die Z-WB	<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 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"/>

ANLAGE

für die Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin

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 Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin

Die Zusatz-Weiterbildung kann auch in einer berufsbegleitenden Weiterbildung absolviert werden.

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 persönliche Zahl ein.

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

		Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin				
KM	Wesentliche Gesetze, Verordnungen, Regeln und Empfehlungen, insbesondere Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz, Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge und Präventionsgesetz		<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

		Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
KM	Grundlagen der Sozialmedizin		<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, gesundheitliche Einschränkungen sowie bei Reisen während der Schwangerschaft			
Arbeitsmedizinische Diagnostik				
KM	Berufsbezogene Risiken		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Berufsanamnese mit Erhebung von berufsbezogenen Risiken und Symptomen			
H	Untersuchungen zur Bewertung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit sowie der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit, insbesondere			
H	- Lungenfunktionsprüfung			
H	- Ergometrie			
H	- apparative Techniken zur orientierenden Untersuchung des Hör- und Sehvermögens			
H	Indikationsstellung und Befundinterpretation radiologischer Untersuchungen			
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 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			
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	Vorsorgeuntersuchungen gemäß Verordnung arbeitsmedizinischer Vorsorge			
H	Eignungsuntersuchungen und -beurteilungen nach entsprechenden Rechtsverordnungen einschließlich verkehrsmedizinischer Untersuchungen			

		Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
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			
Arbeitsbedingte Erkrankungen einschließlich Berufskrankheiten				
KM	Berufskrankheiten gemäß SGB VII und Berufskrankheiten-Verordnung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- Infektionskrankheiten und Tropenkrankheiten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- Atemwegserkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	- 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
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			
H	Beratung beim Umgang mit Gefahrstoffen			
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 Organisations-psychologie 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			
KM	Auswirkungen kultureller Faktoren und Einflüsse auf den Zusammenhang von Arbeit und psychischer Gesundheit		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Betriebliches Gesundheitsmanagement				
KM	Grundlagen der Förderung der Gesundheit der Bevölkerung in der Arbeitswelt		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
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 (§ 5 Abs. 10 WBO ÄK MV 2020)
4. Darstellung der räumlichen Ausstattung sowie der Geräteausstattung an der Weiterbildungsstätte
5. Sofern in eigener Niederlassung tätig, ein aktueller Arztregisterauszug der Kassenärztlichen Vereinigung (Tel. 0385 / 74 31 363)