



**Antrag auf Erwerb einer Befugnis zur Weiterbildung und
Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte im stationären Bereich**

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 Einrichtung/-en ... Die an der Verbundeinrichtung verantwortlichen Ärzte müssen ebenfalls eine entsprechende WB-Befugnis haben/beantragen. |
| | |

| Beantragte Facharzt-/Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung | Umfang |
|--|--------|
| | Monate |
| | Monate |
| | 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 ...

Vertragsarzt

Mit einem vollzeitigem Versorgungsauftrag

Mit einem häufigen Versorgungsauftrag

Anderer Umfang:

angestellter Arzt in der ambulanten Versorgung

Vollzeit

Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden

% /

h/Woche

Sonstiges:

Weitere Tätigkeit in einer weiteren stationären Einrichtung

ja

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 | 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 Weiterbildungsstätte befindet | |
| | Bettenzahl der gesamten Einrichtung |
| | Bettenzahl der Abteilung/Klinik (WBS) für die beantragte Weiterbildung |

| | | |
|---|-----------------|--|
| Personalschlüssel / Personelle Besetzung der Abteilung/Klinik (WBS) für beantragte Weiterbildung (Zahlenangabe) | | |
| lt. Stellenplan | aktuell besetzt | |
| | | Chefarzt |
| | | Oberärzte |
| | | Fachärzte |
| | | Assistenzärzte, davon in Weiterbildung |

| | | |
|--|--------------------------|---|
| 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"/> | |
| Tagesklinik | <input type="checkbox"/> | |
| Poliklinik/Ambulanz/MVZ | <input type="checkbox"/> | |
| andere für die Fach-WB notwendige Abteilungen | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|---|--|------------------|--|
| Spezialsprechstunde an der Weiterbildungsstätte | | durchgeführt von | |
| Spezialsprechstunde an der Weiterbildungsstätte | | durchgeführt von | |

Anstellung der WBA

| | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--|
| normalerweise beträgt die Anstellung | <input type="checkbox"/> 1 Jahr | <input type="checkbox"/> mehr als 1 Jahr |
| es besteht die Option zu verlängern | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

In welchem Zeitverhältnis stehen

| | | | |
|--|---|---|---|
| Dienstleistung / Weiterbildung / Forschung und Lehre | % | % | % |
|--|---|---|---|

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 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: |

| Bereitschaftsdienst in der beantragten Weiterbildung | | | |
|---|-------------------------|--------------------------|--|
| | | 24/7 | wenn nicht 24/7 fachärztlich besetzt, Umfang sonst ... |
| OA/Itd. Ärzte | nur Fachgebiet | <input type="checkbox"/> | |
| | fachgebietsübergreifend | <input type="checkbox"/> | |
| FA/WBA | nur Fachgebiet | <input type="checkbox"/> | |
| | fachgebietsübergreifend | <input type="checkbox"/> | |

| Regelungen zum Bereitschaftsdienst* | |
|--|----------|
| Teilnahme der Weiterbildungsärzte am Bereitschaftsdienst in der Regel ab dem | Monat. |
| Durchschnittszahl der Bereitschaftsdienste der Weiterbildungsärzte | / Monate |

* sofern im Dienstmodell der WBS Bereitschaftsdienste vorgesehen sind.

| Statistische Angaben | | | | |
|----------------------|--|------|--|--------|
| | Fallzahl stationär behandelter Patienten/Jahr | Jahr | | Anzahl |
| | Fallzahl ambulant behandelter Patienten/Jahr | Jahr | | Anzahl |
| | Fallzahl behandelter Patienten in Notaufnahme/Jahr | Jahr | | Anzahl |

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| | Belegung im Antragsjahr (Prozent) | |
| | Konsultationszahl pro Jahr | |
| | Patienten in der Notfallambulanz | |

| Angabe/Anzahl zu Weiterbildungsveranstaltungen in der Einrichtung | | | jährlich |
|---|-------------------------------|-----------------------------|----------|
| Weiterbildungsveranstaltungen im Fachgebiet | | | |
| Interdisziplinäre Weiterbildungs- und Fortbildungsveranstaltungen | | | |
| Röntgendemonstrationen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Klinisch-pathologische Demonstrationen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Problemvisiten, etc. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| 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 |
| | |
| | |
| | |

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Erstellen von Gutachten (ausführlich begründete, einschließlich Formulargutachten) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | - wenn ja, | pro Jahr |

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

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. Kompetenzbogen für die beantragten Weiterbildungen (bitte bei der ÄK anfordern)
4. bei operativen Fächern: ein persönlicher Operationskatalog der letzten zwei Jahre (keine OPS-Übersicht)
5. das gegliederte Programm für die Umsetzung der Weiterbildung im beantragten Weiterbildungsabschnitt an der Weiterbildungsstätte (§ 5 Abs. 10 WBO ÄK MV 2020)
6. Darstellung der apparativen Ausstattung der Weiterbildungsstätte
7. Formular: Erklärung zur Teilnahme an Verbundregelungen

Das entsprechende Formular für Punkt 7 finden Sie unter:

www.aek-mv.de / Ärzte / Weiterbildung / Antrag WB-Befugnis / Anlagen zum Antrag