



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

Bitte beachten Sie, alle notwendigen Anlagen den Antragsunterlagen beizufügen.

Vorname Name
Antragsteller

Antrag auf Erteilung einer Einzelbefugnis

oder

Antrag auf Erteilung einer Gemeinsamen Befugnis*

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

oder

Beantragung des anrechenbaren Weiterbildungsumfangs

6 Monate

12 Monate

18 Monate

Tätigkeit in der ambulanten Versorgung als ...

Vertragsarzt

Mit einem vollzeitigem Versorgungsauftrag

Mit einem häufigen Versorgungsauftrag

Anderer Umfang:

angestellter Arzt

Vollzeit

Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden

% /

h/Woche

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		

Ist ein eigener Arbeitsplatz (eigenes Sprechzimmer) für den Weiterzubildenden vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<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"/>	hat Nebenbetriebsstätten/Zweigpraxis
<input type="checkbox"/>	sonstiges:

Nur auszufüllen bei einer Tätigkeit im MVZ

Weiterbildungsstätte und ggf. Träger der Einrichtung	
ggf. Name des ärztlichen Leiters der WBS	
Umfang der Tätigkeit in % und in Wochenstunden	

durchschnittliche Fallzahl/Quartal des Antragstellers	
---	--

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
<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> einmal im Jahr

Personalbesetzung der Weiterbildungsstätte			
Anzahl	in Vollzeit	in Teilzeit	Tätigkeit/Aufgabe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<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 eine beglaubigte Kopie des Bescheides über die Erteilung der Befugnis zur Weiterbildung / Zulassung als Weiterbildungsstätte an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern überreicht wird.

Bitte durchstreichen, wenn Sie nicht einverstanden sind!

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Kompetenzbogen Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin

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 (der Einrichtung) 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) für 12 Monate	vermittelbar	
Übergreifende Inhalte im Gebiet Innere Medizin				
KM	Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beratung bezüglich gesundheitsfördernder Lebensführung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Schulung bei ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Begutachtung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Begutachtung der Pflegebedürftigkeit		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beratung und Führung Suchtkranker sowie Suchtprävention		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen der medikamentösen Tumorthherapie		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beratung zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten einschließlich Organspende		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Fachgebundene genetische Beratung				
KM	Grundlagen hereditärer und multifaktorieller Krankheitsbilder und Entwicklungsstörungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Interpretation und Aussagekraft genetischer Untersuchungsergebnisse (Sensitivität, Spezifität, prädiktiver Wert)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Methodische, psychosoziale und ethische Aspekte der genetischen Beratung und Diagnostik einschließlich pharmakogenetischer Tests		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Erkennung fachbezogener genetisch bedingter Krankheitsbilder oder Entwicklungsstörungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Fachgebundene genetische Beratung bei diagnostischer und prädiktiver genetischer Untersuchung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Funktionelle Störungen im Gebiet Innere Medizin				
H	Basisbehandlung psychosomatischer Krankheitsbilder		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Krisenintervention unter Berücksichtigung psychosozialer Zusammenhänge		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diagnostische Verfahren im Gebiet Innere Medizin				
H	Durchführung von ultraschallgestützten Punktionen bei Pleuraerguss und Aszites (Thorax 5.1)			
H	B-Modus-Sonographie der Schilddrüse (3.3)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Elektrokardiogramm		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Langzeit-Elektrokardiogramm		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Ergometrie		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Langzeitblutdruckmessung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Sonographie der Arterien und Venen (20.2)			
H	B-Modus-Sonographie der peripheren Arterien und Venen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	B-Modus-Sonographie des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich der Nieren und ableitender Harnwege (7.1)			
H	Spirometrische Untersuchung der Lungenfunktion		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Röntgen-Thorax-Untersuchungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Differentialdiagnosen atopischer Erkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Therapeutische Verfahren im Gebiet Innere Medizin				
H	Durchführung von Entlastungspunktionen und Drainagen bei Pleuraerguss und Aszites		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik mit Berechnung des Energie- und Nährstoffbedarfs sowie Erstellen eines Ernährungsplans		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Infusionstherapie		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Transfusions- und Blutersatztherapie		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angiologische Basisbehandlung				
KM	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen von Arterien, Venen, Kapillaren und Lymphgefäßen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen von Arterien, Venen, Kapillaren und Lymphgefäßen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Endokrinologische und diabetologische Basisbehandlung				
KM	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation endokriner Erkrankungen einschließlich assoziierter Stoffwechselstörungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Internistische Basisbehandlung von endokrinen Erkrankungen einschließlich assoziierter Stoffwechselstörungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Behandlung des Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gastroenterologische Basisbehandlung				
KM	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Krankheiten der Verdauungsorgane sowie der exokrinen Verdauungsdrüsen und ihrer Ableitungswege		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Internistische Basisbehandlung von Krankheiten der Verdauungsorgane sowie der exokrinen Verdauungsdrüsen und ihrer Ableitungswege		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geriatrische Basisbehandlung				
KM	Spezielle geriatrische Behandlungsmöglichkeiten mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Behandlung von Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters einschließlich interdisziplinärer Aspekte bei Multimorbidität		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hämatologische und onkologische Basisbehandlung				
KM	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden und lymphatischen Organe, des Immunsystems, der Hämostase sowie von malignen Neoplasien		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden und lymphatischen Organe, des Immunsystems, der Hämostase sowie von malignen Neoplasien		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektiologische Basisbehandlung				
KM	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Infektionskrankheiten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Meldepflichten gemäß Infektionsschutzgesetz		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Internistische Basisbehandlung von Infektionskrankheiten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Management bei therapieresistenten Erregern		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kardiologische Basisbehandlung				
KM	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nephrologische Basisbehandlung				
KM	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der akuten und chronischen Nierenkrankheiten sowie deren extrarenaler Komplikationen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Internistische Basisbehandlung von akuten und chronischen Nierenkrankheiten sowie deren extrarenale Komplikationen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Pneumologische Basisbehandlung				
KM	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinum, der Pleura, der Atempumpe einschließlich schlafbezogener Atmungsstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinum, der Pleura, der Atempumpe einschließlich schlafbezogener Atmungsstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen allergologischer Erkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheumatologische Basisbehandlung				
KM	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen sowie entzündlicher Erkrankungen des Bewegungsapparates		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Internistische Basisbehandlung von entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen sowie entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Notfall- und intensivmedizinische Maßnahmen im Gebiet Innere Medizin 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.				
H	Stufendiagnostik und Therapie bei akut einsetzenden Leitsymptomen, z. B. Dyspnoe, Thoraxschmerz, Bauchschmerz, passagere und persistierende Bewusstseinsstörungen, Fieber, Erbrechen, Durchfall		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und Therapie akuter und vital bedrohlicher Erkrankungen und Zustände, insbesondere		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- respiratorische Insuffizienz		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Schock		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- kardiale Insuffizienz		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- akutes Nierenversagen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- sonstiges Ein- und Mehrorganversagen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Koma und Delir		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Sepsis		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Intoxikationen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Kardiopulmonale Reanimation		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Intensivmedizinische Behandlung von Patienten mit Funktionsstörungen von mindestens zwei vitalen Organsystemen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Analgesiedierung von intensivmedizinischen Patienten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Atemunterstützende Maßnahmen bei intubierten und nicht-intubierten Patienten einschließlich Beatmungsentwöhnung bei langzeitbeatmeten Patienten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Differenzierte Beatmungstechniken		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Therapie von Stoffwechsellentgleisungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Notfallsonographie		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Bronchoskopie		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Passagere Schrittmacheranlage		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Punktions- und Katheterisierungstechniken, insbesondere		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- zentralvenöse Zugänge		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- arterielle Gefäßzugänge		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Endotracheale Intubation		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin

Allgemeine Innere Medizin		Einrichtung (Zahl)	vermittelbar	
KM	Prävention, Differentialdiagnose, Therapieoptionen und Rehabilitation internistischer Erkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Haus- und Heimbetreuung bei Immobilität		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beratung zu sozialen und pflegerischen Hilfen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung und Verordnung von Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich geriatrischer Frührehabilitation		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Langzeit-EKG			
H	B-Modus-Sonographie der Schilddrüse (AB 3.3)			
H	Duplex-Sonographie der Extremitätengefäße (AB 20.8)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- arteriell			
H	- venös			
H	Duplex-Sonographie der abdominalen, retroperitonealen und mediastinalen Gefäße (AB 20.10)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien (AB 20.6)			
H	Indikationsstellung zur transösophagealen Echokardiographie (TEE) (Doppler AB 21.2/ B-Modus AB 4.2)			
H	Transthorakale B-/M-Modus-Echokardiographie bei Erwachsenen und Jugendlichen (AB 4.1)			
H	Transthorakale Doppler-/Duplex-Echokardiographie bei Erwachsenen und Jugendlichen (AB 21.1)			
H	Indikationsstellung und Befundinterpretation weiterer bildgebender Verfahren		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Ultraschallgestützte Punktionen von Schilddrüse, Lymphknoten, Leber		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Punktionen des Liquorraumes		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Punktionen des Knochenmarks		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Richtungsweisende Ösophago-Gastro-Duodenoskopien			
H	Untere Intestinoskopien, Proktoskopien, Sigmoidoskopien			
H	Richtungsweisende Koloskopien			
H	Indikationsstellung zur perkutanen endoskopischen Gastrostomie		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und konservative Therapie von Erkrankungen der Arterien, Venen und Lymphgefäße		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Langzeitbehandlung endokrinologischer Erkrankungen einschließlich Indikationsstellung zu invasiven therapeutischen Maßnahmen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Ernährungsberatung und Diätetik bei Diabetes mellitus und Stoffwechselerkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Behandlung der benignen Krankheiten der Verdauungsorgane einschließlich Leber, Galle und Pankreas		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung und Nachsorge der malignen Krankheiten der Verdauungsorgane einschließlich Leber, Galle und Pankreas		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

H	Ernährungsberatung und Diätetik bei Erkrankungen der Verdauungsorgane		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Behandlung häufiger akuter Erkrankungen unter Berücksichtigung der besonderen Spezifika geriatrischer Patienten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Arzneimitteltherapie und angepasste Stufendiagnostik unter besonderer Berücksichtigung der Multimorbidität und des Alters		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung und Nachsorge von hämatologischen, hämostaseologischen und onkologischen Erkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und konservative Therapie der kardialen Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur invasiven Diagnostik und Therapie		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und konservative Therapie der akuten und chronischen Nierenerkrankungen sowie deren Folgeerkrankungen und Indikationsstellung zu Nierenersatzverfahren		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und konservative Therapie der akuten und chronischen respiratorischen und ventilatorischen Insuffizienz		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Langzeitbehandlung der chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen und des Asthma		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung von rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel
Einrichtung

Bitte legen Sie folgende Anlagen dem Antrag bei:

(falls nicht bereits in vorherigen Antragsverfahren eingereicht oder Änderungen eingetreten sind)

1. beruflicher Werdegang,
2. Beschreibung der beruflichen/ärztlichen Tätigkeitsfelder und der Charakteristika der WB-Stätte (Praxis),
3. das gegliederte Programm für die Umsetzung der Weiterbildung im beantragen Gebiet an der Weiterbildungsstätte (§ 5 Abs. 10 WBO ÄK MV 2020)
4. Darstellung der apparativen Ausstattung der Weiterbildungsstätte
5. aktueller Arztregisterauszug der Kassenärztlichen Vereinigung (Tel. 0385 / 74 31 363)