



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

Bitte beachten Sie, alle notwendigen Anlagen den Antragsunterlagen beizufügen.

Vorname Name <b>Antragsteller</b>	
--------------------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<b>Antrag auf Erteilung einer Einzelbefugnis</b>
--------------------------	--

oder

<input type="checkbox"/>	<b>Antrag auf Erteilung einer Gemeinsamen Befugnis*</b> * Die weiteren Antragsteller müssen die Ergänzung zur Beantragung einer Gemeinsamen Befugnis beilegen
--------------------------	--

oder

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

<b>Beantragung des anrechenbaren Weiterbildungsumfangs</b>							
<input type="checkbox"/>	6 Monate	<input type="checkbox"/>	12 Monate	<input type="checkbox"/>	18 Monate	<input type="checkbox"/>	24 Monate

<b>Tätigkeit in 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</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 in der <u>stationären</u> Versorgung</b>					<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"/>	<b>Als Belegarzt</b>						
Bei einer Belegarztstätigkeit Anzahl der Belegbetten (Bitte entsprechende Kopie des Belegarztvertrages beifügen.)							
Anzahl der Behandlungsfälle pro Jahr							

<b>Weitere Tätigkeit in der <u>ambulanten</u> Versorgung</b>					<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						

<b>Machen Sie Hausbesuche?</b>	<input type="checkbox"/>	ja, durchschnittlich		im Quartal
	<input type="checkbox"/>	nein		

<b>Ist ein eigener Arbeitsplatz (eigenes Sprechzimmer) für den Weiterzubildenden vorhanden?</b>	<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	

An der Einrichtung sind vorhanden			
	ja	nein	Zahl der Geräte
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MRT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> EKG-Gerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Langzeit-EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Langzeit-RR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Echokardiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Herzkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> EPU-Einheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> IVUS-/OCT-Gerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Impella-/ ECMO-System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 <b>Weiterbildung</b>	<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.

ja

nein

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

## Kompetenzbogen Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Kardiologie

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)

---

### BITTE BEACHTEN SIE:

Die Kompetenzbögen 1 und 2 sind jedem Antrag mit einzureichen.

Die Kompetenzbögen 3 und 4 sind optional und nur einzureichen, wenn Sie die Befugnis für diese WB-Abschnitte beantragen möchten

---

#### 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“.

#### Bitte geben Sie wie folgt Auskunft (alle Zeilen sind auszufüllen):

Mit **KM** gekennzeichnete Zeilen bitte wie folgt angeben: **X** = Kompetenz vorhanden; **Ø** = Kompetenz nicht vorhanden

Mit **H** gekennzeichnete Zeilen grundsätzlich eine Anzahl (z.B. der durchgeführten Behandlungen/Untersuchung/Verfahren) angeben.

Sollte eine Angabe der Anzahl nicht sinnvoll erscheinen, bitte mit **X** = Kompetenz vorhanden, kennzeichnen,

Ist eine Kompetenz nicht vermittelbar, bitte mit **Ø** = Kompetenz nicht vorhanden, kennzeichnen.

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

**Kompetenzbogen 1**

**Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Kardiologie (maximal 36 Monate)**

		Einrichtung (Zahl)	persönlich (Zahl)	vermittelbar	
<b>Kardiologie</b>					
KM	Differentialdiagnose und Therapieoptionen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Vorsorge, Früherkennung, Diagnostik, konservative und interventionelle Therapie sowie Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschließlich spezieller kardiologischer Krankheitsaspekte bei				
H	- akuter und chronischer koronarer Herzkrankheit			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- akuter und chronischer Herzinsuffizienz			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Myokard-(Kardiomyopathien, Myokarditis) und Perikarderkrankungen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- angeborenen und erworbenen Herzklappenfehlern			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- arterieller und pulmonaler Hypertonie			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- infektiöser Endokarditis			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- thromboembolischen Erkrankungen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Alters-, Gender- und Psycho-Kardiologie			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Erkrankungen der Aorta und aortalem/kardialem Trauma			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Arteriosklerose einschließlich der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Schwangerschaft			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- kardialen Tumoren/Metastasen und Tumortherapie-bedingten Herzschädigungen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Kardiologische Konsiliartätigkeit			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Sportmedizinische Untersuchung, Beratung und Betreuung von Herzkranken und Herzgesunden im Hinblick auf körperliche Belastbarkeit und Trainingsintensität			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen				
H	Pharmakotherapie kardiovaskulärer Erkrankungen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Bewertung des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens einschließlich kardiovaskulärer Risikofaktoren, Krankheitsbewältigung und Adhärenz gegenüber therapeutischen Empfehlungen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

		Einrichtung (Zahl)	persönlich (Zahl)	vermittelbar	
<b>Kardiologische Notfall- und Intensivmedizin</b>					
KM	Herzunterstützende Verfahren			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Behandlung des Herz-Kreislauf-Versagens in der Akutphase				
H	Management der Postreanimationsphase				
H	Behandlung von Patienten mit akuten und bedrohlichen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere akutes Thoraxschmerzsyndrom, auch in Notaufnahme und Chest-Pain-Unit, Intermediate Care und internistischer Intensivmedizin				
H	Invasives hämodynamisches Monitoring				
H	Organ-unterstützende Verfahren, z. B. nichtinvasive und invasive Beatmung, intraaortale Ballongegenpulsation, perkutane Herz-Lungen-Maschine, extrakorporale Membranoxygenierung, perkutane Herzunterstützungssysteme				
H	Behandlung des Herz-Kreislauf-Schocks, insbesondere des kardiogenen Schocks				
H	Mitbehandlung des Multiorgan-Dysfunktions-Syndroms				
<b>Diagnostische Verfahren in der Kardiologie</b>					
H	EKG als 12-Kanalableitung einschließlich zusätzlicher Vr4/V7 Ableitungen, Vektorkardiographie				
H	Langzeit-EKG für spezielle kardiologische Fragestellungen				
H	Langzeit-Blutdruckmessung für spezielle kardiologische Fragestellungen				
H	Belastungs-Untersuchungen als standardisiertes Belastungs-EKG einschließlich Spiroergometrie				
KM	Telemonitoring			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Auswertung telemedizinisch übertragener diagnostischer Daten von aktiven und passiven kardialen Implantaten, Drucksensoren und EKG und Formulierung entsprechender therapeutischer Konsequenzen				
<b>Echokardiographie</b>					
KM	Physikalische Grundlagen und Technik der Echokardiographie			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	B-/M-Modus- und Doppler-/ Duplex-Echokardiographie, davon				
H	- transthorakal				
H	- transösophageal				
H	Stress-Echokardiographie				

		Einrichtung (Zahl)	persönlich (Zahl)	vermittelbar	
H	Rechts- und Linksherz-Kontrast-Echokardiographie, Gewebedoppler-Echokardiographie				
H	Ultraschallgestützte Perikardpunktion und -drainage				
H	Duplex-Sonographie der Gefäße der Extremitäten, des Retroperitoneum und des Mediastinum				
<b>Rhythmologie</b>					
H	Diagnostische Verfahren und Techniken in der klinischen Elektrophysiologie, z. B. Belastungsuntersuchungen, Karotisdruckversuch, Kipptischuntersuchung, Evaluierung des autonomen Nervensystems, pharmakologische Testungen, invasive elektrophysiologische Diagnostik, Ereignisrekorder				
H	Nichtinvasive Behandlung von Rhythmusstörungen einschließlich der Nachsorge von Patienten mit aktiven Herzrhythmusimplantaten und nach Katheterablation				
H	Planung und Durchführung der Resynchronisationstherapie, insbesondere Kardioversion, Defibrillation und antitachykardem Pacing bei tachykarder Herzrhythmusstörung einschließlich Analgosedierung und Monitoring				
H	Applikation von Schrittmachersonden				
H	Indikationsstellung für Devices und Nachsorge aktiver Herzrhythmusimplantate, z. B. Ereignisrekorder, Ein-, Zwei- und Dreikammer-Herzschrittmacher, implantierbare Defibrillatoren				
H	Mitwirkung bei invasiven elektrophysiologischen Untersuchungen und bei Interventionen einschließlich Katheterablationen				
H	Mitwirkung bei der Implantation von Ereignisrekordern, Ein-, Zwei- und Dreikammer-Herzschrittmachern und aktiven Herzrhythmusimplantaten				
<b>Herzkatheter-Diagnostik und koronare, kardiale und vaskuläre Intervention</b>					
KM	Physikalische Grundlagen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Durchführung und Befunderstellung diagnostischer Herzkatheterverfahren				
H	Invasive Blutdruck- und Koronarflussmessung				
H	Erkennung und Behandlung von Katheterkomplikationen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Berechnung komplexer Kreislaufgrößen und Shunts				
H	Indikation, Durchführung und Befunderstellung selektiver Koronarangiographien einschließlich Bypass-Darstellung und Laevokardiographie				
H	Indikation, Durchführung und Befunderstellung von Rechtsherzkatheterisationen				

		Einrichtung (Zahl)	persönlich (Zahl)	vermittelbar	
KM	Kathetergestützte interventionelle Herzklappentherapie			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Interventioneller Verschluss von persistierendem Foramen Ovale (PFO), Vorhofseptumdefekt (ASD) und Ventrikelseptumdefekt (VSD) sowie des linken Vorhofohrs (LAA)			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Gefäß-Stenting, z. B. Aorta, periphere Arterien, Karotisarterien, Nierenarterien			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Renale Denervierung			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung zu intrakoronaren Diagnosemethoden, z. B. intravaskulärer Ultraschall (IVUS), fraktionelle Flussreserve (FFR), optische Kohärenz-Tomographie (OCT)				
H	Blutstillung nach invasiver Diagnostik				
H	Indikationsstellung zur Myokardbiopsie einschließlich Befundinterpretation				
H	Indikationsstellung zur elektiven und akuten perkutanen Koronarintervention (PCI)				
H	Mitwirkung bei Koronarinterventionen einschließlich kathetergestützter Klappenintervention, Verschluss von persistierendem Foramen Ovale (PFO), Vorhofseptumdefekt (ASD) und Ventrikelseptumdefekt (VSD) sowie des linken Vorhofohrs (LAA), davon				
H	- im Rahmen von Notfällen bzw. der Therapie eines akuten Koronarsyndroms (AKS)				
<b>Magnetresonanztomographie des Herzens</b>					
KM	Technische Grundlagen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Messungen der kardialen Muskelmasse, der Volumina, der Ejektionsfraktionen und des Flussimaging			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Magnetresonanzangiographie der großen Gefäße			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung und Befundinterpretation der kardialen MRT				
H	Mitwirkung bei der Untersuchung und Befunderstellung der kardialen MRT				
<b>Computertomographie des Herzens</b>					
KM	Technische Grundlagen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung und Befundinterpretation der kardialen CT				
<b>Nuklearkardiologie</b>					
KM	Technische Grundlagen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Radionuklide und Isotope			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

		Einrichtung (Zahl)	persönlich (Zahl)	vermittelbar	
H	Indikationsstellung und Befundinterpretation nuklearkardiologischer Untersuchungen				
<b>Strahlenschutz</b>					
KM	Grundlagen der Strahlenbiologie und Strahlenphysik bei der Anwendung ionisierender Strahlen am Menschen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen des Strahlenschutzes beim Patienten und Personal einschließlich der Personalüberwachung und des baulichen und apparativen Strahlenschutzes			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Voraussetzungen zur Erlangung der erforderlichen Fachkunden im gesetzlich geregelten Strahlenschutz			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel  
Einrichtung

**Kompetenzbogen 2**

**Gemeinsame Inhalte der Facharzt-Weiterbildungen im Gebiet Innere Medizin**

		Einrichtung (Zahl)	persönlich (Zahl)	vermittelbar	
<b>Übergreifende Inhalte im Gebiet Innere Medizin</b>					
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 Tumortherapie			<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
<b>Fachgebundene genetische Beratung</b>					
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
<b>Funktionelle Störungen im Gebiet Innere Medizin</b>					
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
<b>Diagnostische Verfahren im Gebiet Innere Medizin</b>					
H	Durchführung von ultraschallgestützten Punktionen bei Pleuraerguss und Aszites				
H	B-Modus-Sonographie der Schilddrüse			<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				

		Einrichtung (Zahl)	persönlich (Zahl)	vermittelbar	
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				
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
<b>Therapeutische Verfahren im Gebiet Innere Medizin</b>					
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
<b>Angiologische Basisbehandlung</b>					
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
<b>Endokrinologische und diabetologische Basisbehandlung</b>					
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
<b>Gastroenterologische Basisbehandlung</b>					
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
<b>Geriatrische Basisbehandlung</b>					
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

		Einrichtung (Zahl)	persönlich (Zahl)	vermittelbar	
<b>Hämatologische und onkologische Basisbehandlung</b>					
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
<b>Infektiologische Basisbehandlung</b>					
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
<b>Nephrologische Basisbehandlung</b>					
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
<b>Pneumologische Basisbehandlung</b>					
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
<b>Rheumatologische Basisbehandlung</b>					
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

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel  
Einrichtung

**Optional Kompetenzbogen 3**

**WB-Abschnitte in der Notfallaufnahme und in der Intensivmedizin**

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.			
		vermittelbar	
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	Analosedierung 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 Stoffwechsellagen	<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

Anmerkungen:

Ort, Datum Unterschrift Stempel  
Einrichtung

**Optional: Kompetenzbogen 4**

**Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin**

Möchten Sie neben der Befugnis zur FA-WB Innere Medizin und Kardiologie auch anteilig – in diesem Verfahren maximal bis zu einem Umfang von 12 Monaten – zusätzlich die Befugnis zur FA-WB Innere Medizin beantragen, reichen Sie bitte folgende Tabelle ausgefüllt ein.

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 Heimbetriebsbetreuung 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

		Einrichtung (Zahl)	vermittelbar	
			<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 fügen Sie Ihrem Antrag folgende Anlagen bei:**

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

1. beruflicher Werdegang bei Erstantrag
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. aktueller Arztregisterauszug der Kassenärztlichen Vereinigung (Tel. 0385 / 74 31 363)