

Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis für
die Zusatz-Weiterbildung

Akupunktur

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird eine Weiterbildungsbefugnis

- für die 60-stündige praktische Akupunkturbehandlung.
- für die Durchführung von Fallseminaren ¹

B. **ANGABEN ZUR PERSON:**

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Praxisanschrift: _____ Tel.: _____

Kassenarztnummer: _____

Privatanschrift: _____

Niedergelassen als:

_____ seit: _____

Anerkennung der Zusatz-Weiterbildung Akupunktur seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen (gemäß Weiterbildungsordnung):

_____ seit: _____
_____ seit: _____
_____ seit: _____

¹ Sofern die Anerkennung des 20-stündigen Fallseminars (mit mindestens 5 Sitzungen) beantragt wird, bitten wir Sie, die nachstehende Angabe als **gesonderte ANLAGE** beizufügen.

1. Vorgesehene Teilnehmerzahl
2. Darlegung der zeitlichen Rahmenbedingungen (hier insbesondere, ob das Seminar während oder außerhalb der regulären Sprechzeiten erfolgt und über welche Dauer es sich erstreckt)
3. Ausführungen zu den Inhalten des vorgesehenen Fallseminars .

Sind Sie bereits im Besitz einer Weiterbildungsbefugnis?

Ja / Nein

Falls Ja, bitte angeben:

Bezeichnung _____

Zeitraum von _____ bis _____

zeitlicher Umfang _____ Monate

Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für die Zusatz-Weiterbildung Akupunktur zur Weiterbildung befugt ?

Ja / Nein

Falls Ja, bitte angeben:

Weiterbildungsstätte _____

Zeitraum von _____ bis _____

zeitlicher Umfang _____ Monate

C. ANGABEN ZUR PRAXIS:

1. Praxisform

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis

Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____

Praxismgemeinschaft

Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____

ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung

z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft

2. Räumliche Ausstattung

Größe der Praxis in m²: _____

Gesamtzahl der Räume: _____

davon: _____

Behandlungsräume

Funktionsräume

sonstige Räume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten

Ja / Nein

3. Apparative Ausstattung der Praxis:

Bitte genaue Angaben zur apparativen Ausstattung als **ANLAGE 1** beifügen !

4. Personelle Ausstattung

(Bitte Anzahl angeben)

a) Ärztinnen / Ärzte

davon Fachärzte

davon

davon

Vollzeit / Teilzeit

Vollzeit / Teilzeit

_____/____

_____/____

b) Medizinisches Assistenzpersonal

	Medizinische Fachangestellte	MTA / MTRA	Krankenschwestern	Sonstige (bitte nennen)
Vollzeit:				
Teilzeit:				

5. Umfang der PatientenversorgungDurchschnittliche Fallzahl pro Quartal:**DER EINZELPRAXIS**

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

davon entf. a. d. Antragsteller/ stellerin

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis

- a) Durchschnittlicher Anteil der Akupunktur-Patienten pro Quartal in % _____
- b) Zahl der von Ihnen durchgeführten Akupunktur-Sitzungen pro Woche insgesamt _____

Bitte als gesonderte **ANLAGE** Anamnesen / Verlaufskontrollen in anonymisierter Form (exemplarisch für ein Quartal) beifügen !

7. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin

Bitte auf **ANLAGE 2** vermerken.

8. Möglichkeiten zur Fachinformation

Bitte auf **ANLAGE 3** vermerken.

D. PERSÖNLICHE UND FACHLICHE EIGNUNG:**9. Lehrtätigkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten 5 Jahren**

- Ja *
- Nein

* Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

10. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre

Bitte Punktekontoauszug der Fortbildungsakademie als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

11. Teilnahme an Qualitätszirkeln:

- Nein
 Ja (welche:)

12. Beruflicher Werdegang

Bitte als **ANLAGE 4** beifügen.

13. Strukturierter Weiterbildungsplan

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

14. Wie wird die Weiterbildung – unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 2 – dokumentiert ?

- in Form des Logbuches
 in Form eines eigenen Dokumentationssystems

E. BELEGARZTTÄTIGKEIT / KONSILIARTÄTIGKEIT / HEIMARZTTÄTIGKEIT:

- Nein
 Ja

Name des Krankenhauses / des Heimes:

_____ Bettenzahl
_____ Behandlungsfälle pro Jahr
_____ Zeitlicher Umfang der beleg-/konsiliarärztlichen Tätigkeit
(Bitte Prozentsatz der Gesamtarbeitszeit angeben)

F. ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFGENOSSENSCHAFT:

- Nein
 Ja

Hamburg, den: _____

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 2

Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten des/der Antragstellers/-stellerin

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 3**Möglichkeiten zur Fachinformation**1) Angaben zur Bibliothek:

Ihre Angaben beziehen sich auf

 Online-Medien vor Ort einsehbare Medien

Fachzeitschriften des Gebietes, und zwar

International anerkannte Fachzeitschrift: _____

Fachbücher des Gebietes, und zwar

2) Zugang zu Datennetzen: Ja Nein

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 4

Beruflicher Werdegang

1. Ärztliche Ausbildung

2. AiP-Ausbildung

- 3, Fachärztliche Weiterbildung

4. Zusatzqualifizierungen

5. Ärztliche Tätigkeiten im Ausland

6. Forschung und Lehre
(ggf. Liste der Publikationen beifügen)

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin