



PRAXIS

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

**Diabetologie**

- Innere Medizin und Allgemeinmedizin -

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang von \_\_\_\_\_  
(Angabe in Monaten)

B. **ANGABEN ZUR PERSON:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Kassenarztnummer: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin / Allgemeinmedizin /

Innere und Allgemeinmedizin seit: \_\_\_\_\_

Diabetologie seit: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

niedergelassen in  Voll-  Teilzeittätigkeit als:

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für die beantragte Qualifikation 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 \_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft

Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)<sup>1</sup>

Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_

ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung

z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft,

#### 2. Räumliche Ausstattung

Größe der Praxis in m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Gesamtzahl der Räume: \_\_\_\_\_

davon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Behandlungsräume

Funktionsräume

sonstige Räume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten  Ja /  Nein

Raum, der vorwiegend für die Schulung und Beratung genutzt wird und für Unterrichtszwecke eingerichtet ist  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	Diabetologe	Diabetesberaterin (Standard nach DDG)	Diabetesassistentin (Standard nach DDG)	Sonstige (bitte nennen)
Vollzeit:					
Teilzeit:					

<sup>1</sup> Bei einer Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum muss sichergestellt werden, dass der zur Weiterbildung befugte Arzt in jedem Fall weisungsbefugt gegenüber dem Weiterbildungsassistenten ist. Bitte fügen Sie diesem Antrag eine entsprechende Bestätigung als gesonderte **ANLAGE** bei.

**5. Umfang der Patientenversorgung**Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal:**DER EINZELPRAXIS**

Kassenpatienten: \_\_\_\_\_

Privatpatienten: \_\_\_\_\_

**DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS**

davon entf. a. d. Antragsteller/ stellerin

Kassenpatienten: \_\_\_\_\_

Privatpatienten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % der Patienten sind überwiesene Patienten

Bitte fügen Sie eine aktuelle **Einzelleistungs-Statistik** der **Honorarabrechnung** der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bei !

**6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis****6.1. Fallzahl pro Jahr**

\_\_\_\_\_ Typ 1 Diabetiker

\_\_\_\_\_ Typ 2 Diabetiker

(Hauptdiagnose und/oder Schwerpunkt-Betreuung, z.B. Konsilardienst)

\_\_\_\_\_ neue schwangere Diabetikerinnen (Typ 1 u. Typ 2)

\_\_\_\_\_ Pumpenpatienten

**6.2. Strukturierte Schulungen pro Jahr**

ICT-Schulungen bei \_\_\_\_\_ Patienten

Schulungen für nicht insulinpflichtige Patienten: \_\_\_\_\_

Bitte die Anzahl der behandelten Patienten z.B. durch Konsiliarscheine oder Leistungsnachweise als **gesonderte ANLAGE** dokumentieren !

**7. Konsiliarische Zusammenarbeit mit folgenden Fachgruppen:**

- Augenarzt
- Neurologe
- Nephrologe
- Kardiologe
- Radiologe / interventionelle Angiologie
- Gefäßchirurg
- Psychologe oder Psychotherapeut
- Diätassistentin<sup>2</sup>
- Orthopädie-Schuhmacher
- Podologe
- Gynäkologe/Geburtshelfer

<sup>2</sup> Nicht jede Praxis hat eine Diätassistentin vor Ort. Wenn eine Diabetesassistentin, die ebenfalls erforderlich ist, eine Weiterbildung aufbauend auf ihrer Ausbildung zur Diätassistentin absolviert hat, ist eine konsiliarische Zusammenarbeit nicht notwendig.

## 8. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin

Bitte auf **ANLAGE 2** vermerken.

## 9. Möglichkeiten zur Fachinformation

Bitte auf **ANLAGE 3** vermerken.

### D. PERSÖNLICHE UND FACHLICHE EIGNUNG:

#### 10. Lehrtätigkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten 5 Jahren

- Ja \*
- Nein

\* Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

#### 11. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre

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

#### 12. Teilnahme an Qualitätszirkeln:

- Nein
- Ja (welche:)

---

---

---

#### 13. Beruflicher Werdegang

Bitte als **ANLAGE 4** beifügen.

#### 14. Strukturierter Weiterbildungsplan

Bitte einen strukturierten Weiterbildungsplan als **gesonderte ANLAGE** beifügen !

Bitte Curricula zur strukturierten Schulung für alle angewandten Therapieformen entsprechend den aktuellen Leitlinien der DDG als **gesonderte ANLAGE** beifügen !

#### 15. 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