

Praxis

Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis zum

Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie

- bezogen auf den speziellen Abschnitt der Weiterbildung -

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 seit: _____

„Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie“ seit: _____

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung
Schwerpunkt Angiologie 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)¹

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 _____

Vollzeit / Teilzeit

_____/_____

davon _____

Vollzeit / Teilzeit

_____/_____

b) Medizinisches Assistenzpersonal

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

¹ 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 PatientenversorgungDurchschnittliche Fallzahl pro Quartal:**DER EINZELPRAXIS**

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

davon entf. a. d. Antragsteller/ stellerin

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis

Bitte vermerken Sie auf **ANLAGE 2** den Leistungsumfang Ihrer Praxis und fügen eine aktuelle Einzelleistungs-Statistik der Honorarabrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bei.

7. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin

Bitte auf **ANLAGE 3** vermerken.

8. Möglichkeiten zur Fachinformation

Bitte auf **ANLAGE 4** 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 5** 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 1**Apparative Ausstattung der Praxis**

Methoden / Untersuchungsverfahren	Gerätetyp

Praxis mit fachübergreifenden Schwerpunkten im Herz-, Kreislauf- und Gefäßbereich
(Kardiologie/Angiologie)

Ja

Nein

Enge Kooperation mit stationärer Einrichtung

Ja

Nein

Falls ja, bitte nennen:

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 2**Leistungsspektrum der Praxis**

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Leistungszahl pro Jahr
Nicht-invasive Funktionsdiagnostik	
Invasiv-angiologische diagnostische Maßnahmen	
Invasiv-angiologische diagnostische und therapeutische Eingriffe	

Unterschrift/Stempel
des/der Antragstellers/-stellerin

ANLAGE 3

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 4**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

Deutsches angiologisches Standardwerk: _____

Englisches angiologisches Standardwerk: _____

2) Zugang zu Datennetzen: Ja Nein

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 5

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

Gemäß §24 der Röntgenverordnung (RöV) benötigt jeder approbierte Arzt für das Stellen der rechtfertigenden Indikation, die technische Durchführung sowie die Befundung von Röntgenuntersuchungen und Interventionen einen Nachweis seiner Fachkunde im Strahlenschutz.

In welchen Anwendungsbereichen wenden Sie eigenständig Röntgenstrahlen am Menschen an?

- _____
- _____
- _____
- _____

Welche Fachkunden wurden Ihnen bescheinigt?

- _____
- _____
- _____
- _____

Fügen Sie dem Antrag bitte beglaubigte Kopien Ihrer Fachkunden bei, sofern diese nicht von der Ärztekammer Hamburg ausgestellt wurden.

Hamburg,

Unterschrift/Stempel