

**PRAXIS**

**Erhebungsbogen zum Antrag  
auf Erteilung einer  
Weiterbildungsbefugnis zum**

**Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie**  
- bezogen auf den speziellen Abschnitt der Weiterbildung -

---

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang von

6 Monate

12 Monate

B. **ANGABEN ZUR PERSON:**

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

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

Kassenarzt Nummer: \_\_\_\_\_

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

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

Plastische und Ästhetische Chirurgie 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

#### 3. Apparative Ausstattung der Praxis/ Belegklinik:

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	Kranken-Schwester	OP-Schwester	Sonstige (bitte nennen)
<b>Vollzeit:</b>					
<b>Teilzeit:</b>					

<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.

## 6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis

Bitte fügen Sie einen OP-Katalog - aufgegliedert nach den Richtzahlen der Weiterbildungsordnung – über einen Zeitraum von einem Jahr bei !

## 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 \***

\*Wenn eine **Belegarzttätigkeit** erfolgt, werden Sie gebeten, den Belegarztvertrag als gesonderte **ANLAGE** beizufügen.

**Name des Krankenhauses / des Heimes:**

---

---

Bettenzahl

---

Behandlungsfälle pro Jahr

---

Zeitlicher Umfang der beleg-/konsiliarärztlichen Tätigkeit  
(Bitte Prozentsatz der Gesamtarbeitszeit angeben)

Bitte genaue Angaben zur apparativen Ausstattung der Belegklinik als **ANLAGE 1** beifügen ! (vgl. C. Punkt 3)

F. **ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFSGENOSSENSCHAFT:** **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