

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

Kinder-Pneumologie

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

Kinder- und Jugendmedizin seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen (gemäß Weiterbildungsordnung):

Kinder-Pneumologie seit: _____

_____ seit: _____

_____ seit: _____

niedergelassen in Voll- Teilzeittätigkeit als:

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin seit: _____

Sind / waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für eine 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 **davon**

Vollzeit / Teilzeit 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 fügen Sie eine aktuelle **Einzelleistungs-Statistik** der **Honorarabrechnung** der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg 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

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/der Antragstellers/-stellerin

ANLAGE 2**Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten
des/der Antragstellers/-stellerin**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Werden von Ihnen die nachstehenden Behandlungs- und Untersuchungsmethoden vermittelt ?

Behandlungs- und Untersuchungsmethoden	Anzahl	Nein
Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Lungenerkrankungen		
Lungenfunktionsuntersuchungen incl. Provokationsmethoden und Bodyplethysmographie		
Kenntnisse in der <ul style="list-style-type: none"> • flexiblen und starren Bronchoskopie • Pilocarpin-Iontophorese • Thoraxsonographie 		
Asthmaschulungen im Kindes- und Jugendalter		
Allergietestungen		

Werden von Ihnen die nachstehenden Krankheitsbilder betreut ?

Krankheitsbilder	Anzahl	Nein
Asthma bronchiale		
Tuberkulose		
angeborene Lungenfehlbildungen		
zystische Fibrose in Kooperation mit Zentren oder Schwerpunktpraxen		
interstitielle Lungenerkrankungen		
bronchopulmonale Dysplasie		
Kenntnisse bei schlafbezogenen Atemregulationsstörungen		
Kenntnisse in der Sauerstofflangzeittherapie incl. Heimbeatmung		

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