



## KURZANTRAG

### auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis gemäß WBO 20 (Fortbestehen einer Befugnis/Anpassung einer bestehenden Befugnis an die WBO 20) Stationärer Bereich

(im nachstehenden Text wird die Berufsbezeichnung „Arzt/Ärztin“ einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet)

Facharztkompetenz     Schwerpunktkompetenz     Zusatz-Weiterbildung

\_\_\_\_\_  
(entsprechende Bezeichnung eintragen)

#### A. UMFANG

Beantragt wird eine Befugnis im Umfang von \_\_\_\_\_ Monaten

**allein** (Einzelbefugnis)

**gemeinsam** mit folgenden Ärzten (kumulative WBB oder Verbund-WBB):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hauptantragsteller (Ansprechpartner – nur bei kumulativen und/oder Verbund-WBB)

\_\_\_\_\_

#### B. ANGABEN ZUR PERSON DES ANTRAGSTELLERS:

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_

Name / Anschrift der Klinik | Klinikabteilung:

Name: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tätigkeitsumfang:

**Vollzeit**    |     **Teilzeit** im Umfang von \_\_\_\_\_ Std./Woche

als \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Dienststellung in der Abteilung: \_\_\_\_\_

Weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Ärzten?

JA

NEIN

### C. ANGABEN ZUR EIGENEN KRANKENHAUSABTEILUNG | WEITERBILDUNGSSTÄTTE:

1. Einbindung der Abteilung in die Krankenhausstruktur (selbständig | zugeordneter Funktionsbereich etc.)

---

---

2.1 Bettenführende Station/-en

---

Bettenzahl \_\_\_\_\_

---

Bettenzahl \_\_\_\_\_

---

Bettenzahl \_\_\_\_\_

2.2 Intensivabteilung  JA  NEIN

Bettenzahl \_\_\_\_\_

2.3 Spezialabteilungen (z.B. Notaufnahme, Poliklinik, Ambulanz, Funktionsabteilung etc.)

---

### D. ALLGEMEINE STATISTISCHE ANGABEN DER ABTEILUNG:

1. Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

2. Durchschnittliche Verweildauer \_\_\_\_\_ (Tage)

3. Belegung im Berichtsjahr in % \_\_\_\_\_

**Spezielles Leistungsspektrum/Jahresstatistik des Vorjahres als gesonderte ANLAGE beifügen**

### E. ANGABEN ZUR PERSONELLEN BESETZUNG:

**Gesamtzahl Ärztliches Personal:** (der Abteilung, für die die Befugnis beantragt wird): \_\_\_\_\_, davon

**Chefarzt/-ärzte:** \_\_\_\_\_

**Oberarzt/-ärzte** \_\_\_\_\_ Name(n) der Oberärzte: \_\_\_\_\_

**Fachärzte:** \_\_\_\_\_

**Assistenzarzt/-ärzte:** \_\_\_\_\_

**Ärzte in Weiterbildung im beantragten Fach:** Vollzeit \_\_\_\_\_ Teilzeit \_\_\_\_\_

**Konsiliarärzte für die Abteilung**

NEIN

JA, mit Fachrichtung(en)

---

---

## F. DOKUMENTATION IM eLOGBUCH

1. Das **elektronische Logbuch** für die Weiterbildung dient der kontinuierlichen Dokumentation der absolvierten Weiterbildungsinhalte durch die Weiterzubildenden. Darüber hinaus erfolgt im Logbuch auch die Bestätigung des erreichten Weiterbildungsstandes sowie die Dokumentation der Jahresgespräche durch die zur Weiterbildung Befugten (vergl. § 2a Nr. 8 i.V.m. § 8 Abs. 1 WBO).

**Ich versichere, dass ich über das Mitgliederportal für das eLogbuch registriert bin!**

- Beachten Sie, dass Sie, wenn Sie zum ersten Mal befugt werden, zunächst mit der Rolle „Arzt/Ärztin in Weiterbildung“ für das eLogbuch registriert werden. Mit Erhalt des Bescheids wird Ihre Rolle automatisch in „Weiterbildungsbefugte/r“ geändert. Sie müssen hierfür nichts umstellen.

(Bitte nachfolgende Punkte 2 und 3 beachten)

2. Gemäß § 8 Abs. 1 WBO ist die Dokumentation Teil der Weiterbildung. Ich habe die Weiterzubildenden darüber informiert, dass die geforderten Weiterbildungsinhalte gemäß § 8 Abs. 1 WBO kontinuierlich im **elektronischen Logbuch** zu dokumentieren sind.

JA

3. Mindestens einmal jährlich bestätige ich den Weiterbildungsstand der Weiterzubildenden im **elektronischen Logbuch**.

JA

**Bei Fragen zu Vorgehensweisen im eLogbuch können Sie sich an unseren eLogbuch-Support wenden.**

eMail: [eLogbuch@aekeh.de](mailto:eLogbuch@aekeh.de) | Tel: 202299-279

Hiermit wird versichert, dass alle Angaben vollständig und korrekt sind.

Sämtliche Korrespondenz zu meinem Antrag kann per E-Mail erfolgen.

**Empfänger des Gebührenbescheides, falls dieser nicht Sie selbst sind:**

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift /Stempel Antragsteller

Datum: \_\_\_\_\_

**ANLAGEN** (bitte per E-Mail an [befugnisse@aekeh.de](mailto:befugnisse@aekeh.de))