

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

**Nuklearmedizin**

---

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:

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

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

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

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

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

niedergelassen in  Voll-  Teilzeittätigkeit als:

Facharzt/Fachärztin für Nuklearmedizin 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:

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:				

<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: \_\_\_\_\_

**6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis**

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

Bitte vermerken Sie auf **ANLAGE 2** die Angaben zum Leistungsumfang der Praxis !

**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 (siehe Anhang zum Erhebungsbogen) – 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****ANGABEN ZUM LEISTUNGSUMFANG DER PRAXIS**

<b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>	<b>Anzahl</b>
Ultraschalluntersuchungen von Abdomen, Retroperitoneum und Urogenitalorganen, Schilddrüse, Gesichtsseiten und Weichteilen des Halses	
nuklearmedizinische Untersuchungen einschließlich tomographischer Verfahren mittels SPECT-Technik und PET-Technik, davon	
- am Zentralnervensystem	
- am Skelett- und Gelenksystem	
- am kardiovaskulären System	
- am Respirationssystem	
- am Gastrointestinaltrakt	
- am Urogenitalsystem	
- an endokrinen Organen	
- am hämatopoetischen und lymphatischen System	
nuklearmedizinische Behandlungsverfahren bei	
- benignen Schilddrüsenerkrankungen	
- malignen Schilddrüsenerkrankungen	
- anderen soliden oder systemischen malignen Tumoren und/oder benignen Erkrankungen	

1. Verfügen Ihre Praxis über eine Qualitätssicherungs- oder Qualitätsmanagementsystems ?  Ja /  Nein
- wenn Ja: wird der WB-Assistent darin eingebunden ?  Ja /  Nein
2. Kann der Weiterbildungsassistent an interdisziplinären Konferenzen in
- der Klinik
- andere Einrichtung (z.B. Gesundheitszentrum oder -institut)
- teilnehmen ?

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-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

---

---

---

---

---

---

Fachbücher des Gebietes, und zwar

---

---

---

---

---

---

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