

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

Öffentliches Gesundheitswesen

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.: _____

Privatanschrift: _____

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

Öffentliches Gesundheitswesen 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 / Arbeitsmedizinische Einrichtung

- Einzelpraxis
 Gemeinschaftspraxis
 Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____
 Praxismgemeinschaft
 Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____
 ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung
 z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft
 Gesundheitsamt

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 Einrichtung:

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:				

6. Angaben zum Leistungsspektrum der Einrichtung

Bitte auf **ANLAGE 5** vermerken.

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. Vortragstätigkeit / Veröffentlichungen

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

11. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre

Bitte Punktekontoauszug der Fortbildungsakademie als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

12. Teilnahme an Qualitätszirkeln:

- Nein
- Ja (welche:)

13. Beruflicher Werdegang

Bitte als **ANLAGE 4** beifügen.

14. Strukturierter Weiterbildungsplan

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

15. Wie wird die Weiterbildung – unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 2 – dokumentiert ?

- in Form des Logbuches
- in Form eines eigenen Dokumentationssystems

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/der Antragstellers/-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 bis zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen

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

Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen

Weiterbildungsinhalt:	Vermittlung möglich
Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in	<input type="checkbox"/>
den Verfahren, Normen und Standards der öffentlichen Gesundheitssicherung und der Gesundheitsverwaltung	<input type="checkbox"/>
Epidemiologie, Statistik, Gesundheitsindikatoren und Gesundheitsberichterstattung	<input type="checkbox"/>
der medizinischen Beratung von Einrichtungen, Institutionen und öffentlichen Trägern bei der Gesundheitsplanung, Gesundheitssicherung und beim Gesundheitsschutz	<input type="checkbox"/>
der Erstellung von amtlichen / arztärztlichen Gutachten	<input type="checkbox"/>
Umsetzung und Sicherstellung der bevölkerungsbezogenen rechtlichen und fachlichen Normen der Gesundheitssicherung und des Gesundheitsschutzes	<input type="checkbox"/>
der Gewährleistung von Qualitätsmaßnahmen zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und Verbesserung des Gesundheitsschutzniveaus	<input type="checkbox"/>
hygienischem Qualitätsmanagement in Institutionen und öffentlichen Einrichtungen	<input type="checkbox"/>
der Priorisierung, Initiierung, Koordination und Evaluation von Strategien und Maßnahmen zur Krankheitsvorbeugung, Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung von Bevölkerungsgruppen	<input type="checkbox"/>
der Indikationsstellung, Initiierung, ggf. subsidiäre Sicherstellung von Gesundheitshilfen für Menschen und Bevölkerungsgruppen, deren ausreichende gesundheitliche Versorgung nicht gewährleistet ist	<input type="checkbox"/>
der Beratung, Vorbeugung, dem Monitoring, der Surveillance und Durchführung von Maßnahmen zur Reduktion übertragbarer Erkrankungen bei Einzelnen und in definierten Bevölkerungsgruppen	<input type="checkbox"/>
der Risikoanalyse, -bewertung, -kommunikation und -management infektiöser Erkrankungen und umweltbedingter gesundheitlicher Belastungen und Schädigungen	<input type="checkbox"/>
Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl (sind nicht vorgegeben)
Analyse und gesundheitliche Bewertung gemeindebezogener Planungen	<input type="checkbox"/>
Bewertung der gesundheitlichen Versorgung und des Gesundheitszustandes bestimmter Bevölkerungsgruppen	<input type="checkbox"/>
Methodik von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Präventionsprogrammen	<input type="checkbox"/>
bevölkerungsbezogenes gesundheitliches Monitoring und Surveillance übertragbarer und nicht übertragbarer Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Analyse und Bewertung von Gesundheitsbeeinträchtigungen und -gefahren	<input type="checkbox"/>
hygienische Begehungen, Bewertungen und Gefährdungsanalysen	<input type="checkbox"/>

Hamburg, _____

Unterschrift, Stempel