

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

Psychotherapeutische Medizin / VT

A. **UMFANG DER BERECHTIGUNG**

I. Zeitlicher Umfang (gem. Fachliche Empfehlungen, Pkt. II, Nr. 1)

Beantragt wird die Berechtigung zur Weiterbildung

- im vollen zeitlichen Umfang von 3 Jahren ¹
- im eingeschränkten zeitlichen Umfang von _____ (Angabe in Monaten)
für die Durchführung der Verhaltenstherapie im ambulanten Bereich ²

II. Berufsbegleitender Weiterbildungsteil (gem. Fachliche Empfehlungen, Pkt. II, Nr. 2)

- Supervision von Behandlungen
- Selbsterfahrung
- Institutsgebundene theoretische Weiterbildung ³

—

—

—

—

—

¹ Eine volle Weiterbildungsberechtigung im Gebiet erfordert eine Mindestzahl von 200 Patienten pro Jahr aus dem gesamten Krankheitsspektrum des Gebietes. Eine volle Weiterbildungsberechtigung kommt deshalb am ehesten als sogenannte kumulative Berechtigung für mehrere Ärzte/Ärztinnen, die im Verbund eine Weiterbildung in Psychotherapeutischer Weiterbildung anbieten, in Frage. Zur Durchführung der Weiterbildung sind für den/die in Weiterbildung befindlichen Arzt/Ärztin 20 bis 25 Psychotherapiesitzungen pro Woche notwendig.

² In der Einzelpraxis mit dafür ausreichender Zahl an Behandlungsfällen kann die Durchführung von Langzeittherapie und bis zu 20 diagnostische Untersuchungen durch einen/eine zur Weiterbildung berechtigten Arzt/Ärztin vermittelt werden (Teilberechtigung). Beantragt werden kann eine maximal 18-monatige Berechtigung.

³ Kann sich ggf. auch nur auf eines der in § 4 der Berechtigungsrichtlinien nachgenannten Verfahren beziehen (**Bitte angeben**)

B. ANGABEN ZUR PERSON:

Name: _____ Vorname: _____ geb.am: _____

Praxis- oder Klinikanschrift _____ Tel. _____

Kassenarztnummer: _____

Privatanschrift: _____

Anerkennung als Facharzt / Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin seit:
_____ (Datum der Anerkennung) - Bitte die Anerkennungsurkunde beifügen –

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung: - Bitte die

Anerkennungsurkunde beifügen -

_____ seit: _____
_____ seit: _____
_____ seit: _____

Niedergelassen als Facharzt / Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin

seit: _____ (Datum der Niederlassung) zuvor als _____

seit : _____ (Datum der Niederlassung)

Name der anerkannten Einrichtung (Weiterbildungsinstitut) in der die
theoretische Weiterbildung stattfindet:

Bitte fügen Sie dem Antrag als gesonderte Anlage bei:

1. einen Nachweis über die Mitarbeit an einer Weiterbildungsstätte oder an einer von der Ärztekammer zugelassenen Weiterbildungseinrichtung nach Erwerb der Gebietsbezeichnung als **Dozent** (mindestens drei Jahre) oder eine entsprechende Tätigkeit an einer vergleichbaren Einrichtung;
2. einen Nachweis über die **gegenwärtige Mitarbeit** an einer von der Ärztekammer Hamburg zugelassenen Weiterbildungseinrichtung, für die der Antrag gestellt wird;
3. einen Nachweis über eine regelmäßige und überwiegende Tätigkeit im beantragten Gebiet nach Abschluss der Weiterbildung mindestens über einen Zeitraum, der als Mindestweiterbildungszeit in der Weiterbildungsordnung vorgeschrieben ist;

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 _____
 Praxisgemeinschaft Anzahl der Partner _____
 ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung
z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft

(Zutreffendes bitte ankreuzen !)

2. Räumliche Ausstattung

Größe der Praxis in m²: _____
Gesamtzahl der Räume: _____
davon: _____

Behandlungsräume
Funktionsräume
sonstige Räume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten Ja / Nein
(Zutreffendes bitte ankreuzen !)

3. Personelle Ausstattung (Bitte Anzahl angeben)

a) Ärztinnen / Ärzte davon Fachärzte
_____ _____
davon **davon**
Vollzeit / Teilzeit Vollzeit / Teilzeit
_____/_____
_____/_____

b) Medizinisches Assistenzpersonal

	Medizinische Fachangestellte	MTA / MTRA	Kranken-Schwestern	Sonstige
Vollzeit:				
Teilzeit:				

4. Umfang der Patientenversorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal:

DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

DER EINZELPRAXIS

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten : _____

davon

des/der Antragsteller/-stellerin

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

5. Angaben zum Leistungsumfang der Praxis

Bitte fügen Sie dem Antragsformular folgende Unterlagen bei:

- ◆ Aktuelle Einzelleistungs-Statistik der Honorarabrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung und ggf. privatärztliche Abrechnungen zum Nachweis einer mindestens dreijährigen ständigen Tätigkeit in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in der Praxis
- ◆ Wochenstundenpläne, aus denen der Umfang von Erstuntersuchungen, Kurztherapien, Langzeittherapien / Verhaltenstherapien sowie ggf. analytischen Psychotherapien oder Verhaltenstherapien hervorgeht.

6. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(Detaillierte Angaben als ANLAGE 1 beifügen)

7. Möglichkeiten zur Fachinformation

Angaben zur Handbibliothek:

- Fachbücher des Gebietes ¹¹
- Fachzeitschriften des Gebietes

Zugang zu Datennetzen:

- Ja
- Nein

Genauere Aufstellung als ANLAGE 2 beifügen !

D. PERSÖNLICHE UND FACHLICHE EIGNUNG:

8. Lehrtätigkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten 5 Jahren

- Nein
- Ja (welche:)

9. Wissenschaftlichen Studien in den letzten 5 Jahren:

- Nein
- Ja (welche:)

10. Fortbildungsnachweis der letzten 5 Jahre:

(Bitte entsprechende Angaben auf Formblatt der Ärztekammer beifügen)

¹ Beschränkung auf wichtige Handbücher des Gebietes / summarische Auflistung

**11. Teilnahme an Qualitätszirkeln einschl. Intervisions - und
Balintgruppen:**

- Nein
 Ja (welche:)

Beruflichen Werdegang als ANLAGE 3 beifügen!

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)

ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFGENOSSENSCHAFT:

- Nein
 Ja

Hamburg, den: _____

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 1
PTM

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

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

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

WICHTIGER HINWEIS

Gemäß § 8 Abs. 5 WBO ist folgendes zu beachten:

"Ändern sich in den Fällen des § 8 Abs. 5 die für die Erteilung der Weiterbildungsberechtigung maßgebend gewesenen Voraussetzungen, so ist der Umfang der Weiterbildungsberechtigung den geänderten Verhältnissen anzupassen. **Der berechnigte Arzt ist verpflichtet, der Ärztekammer Änderungen in der Struktur und Größe der Weiterbildungsstätte unverzüglich mitzuteilen.**".