

ANTRAG

auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis gemäß WBO 20 nach

Verlegung der Weiterbildungsstätte

Änderung der Struktur der Weiterbildungsstätte

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Beantragt wird das Fortbestehen der mir erteilten Weiterbildungsbefugnis/se¹:

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

FA-Kompetenz _____ | _____ Monate

SP-Kompetenz _____ | _____ Monate

ZWB _____ | _____ Monate

A. ANGABEN ZUR PERSON DES ANTRAGSTELLERS

Titel, Name, Vorname (bei kumulativen Befugnissen bitte hier den Hauptantragsteller eintragen)

Bisherige Anschrift der/des:

Praxis | MVZ | sonstigen Einrichtung

bis: _____

Straße, PLZ / Ort:

Neue Anschrift und Name der/des:

Praxis | MVZ | sonstigen Einrichtung

seit: _____

Straße, PLZ / Ort: _____

Name der Praxis / MVZ.: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Vertragsarzt-/Betriebsstättennummer: _____

Tätigkeitsumfang:

Vollzeit | Teilzeit im Umfang von _____ Std./Woche

B. ANGABEN ZUR PRAXIS | WEITERBILDUNGSSTÄTTE

1. Praxisform

Einzelpraxis

Berufsausübungsgemeinschaft mit (bitte Namen eintragen):

Praxisgemeinschaft mit (bitte Namen eintragen):

Medizinisches Versorgungszentrum mit _____ Partnern / des Standorts (bitte Namen eintragen):

¹ Bitte den zeitlichen Umfang sowie das Gebiet, den Schwerpunkt (SP), die Zusatz-WB (ZWB) der Befugnis angeben

Weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Ärzten?²

- Ja
 Nein

Bitte fügen Sie diesem Antrag die Weisungsbefugnis als gesonderte ANLAGE bei!

2. Räumliche Ausstattung

Größe der Praxis in m²: _____
 Gesamtzahl der Räume: _____
 davon: _____ Behandlungsräume
 _____ Funktionsräume
 _____ sonstige Räume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für Ärzt:innen in Weiterbildung Ja / Nein
 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Gibt es in der Ausstattung der Weiterbildungsstätte räumliche, apparative oder personelle Einschränkungen?

- Nein
 Ja, und zwar

3. Umfang der Patientenversorgung: (bitte durchschnittliche Fallzahl/Quartal angeben)

- a) **Einzelpraxis**
 GKV-Patienten _____
 HzV³ _____
 Privatpatienten _____
- b) **Berufsausübungsgemeinschaft**
 GKV-Patienten _____ davon entfallen auf die/den Antragsteller:in _____
 HzV³ _____ davon entfallen auf die/den Antragsteller:in _____
 Privatpatienten _____ davon entfallen auf die/den Antragsteller:in _____
- c) **MVZ**
 GKV-Patienten _____ davon entfallen auf die/den Antragsteller:in _____
 HzV³ _____ davon entfallen auf die/den Antragsteller:in _____
 Privatpatienten _____ davon entfallen auf die/den Antragsteller:in _____

4. Dokumentation im eLogbuch

- 4.1 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 4.2 und 4.3 beachten)

- 4.2 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
- 4.3 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.

E-Mail: eLogbuch@aekhh.de | Tel: 202299-279

² Bei einer Tätigkeit in einem MVZ muss vonseiten der MVZ-Leitung die Bestätigung über die Weisungsbefugnis gegenüber den Ärzten in Weiterbildung vorgelegt werden.

³ Gilt nur für Allgemeinmediziner bzw. hausärztliche Internisten

C. ANGABEN ZUR STRUKTURIERUNG DER WEITERBILDUNG IN DER PRAXIS:

Bitte fügen Sie ein gegliedertes Programm für die Weiterbildung (Weiterbildungsplan | § 5 Abs. 6 WBO) als **gesonderte ANLAGE** bei. (Der WB-Plan muss darüber hinaus den Ärztinnen/Ärzten in Weiterbildung ausgehändigt werden.)

- 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: -----

Bitte senden Sie den Antrag nebst Anlagen an befugnisse@aekhh.de

Von der Ärztekammer auszufüllen:

- Dem Antrag auf Erteilung der Weiterbildungsbefugnis wird stattgegeben.
- Dem Antrag auf Erteilung der Weiterbildungsbefugnis wird **nicht** stattgegeben.

Begründung der Ablehnung:

Sonstiges:

Datum: -----

Unterschrift: