

Antrag Änderung der Weiterbildungsbefugnis gemäß WBO 20 – Verlegung | Strukturänderung

1 Antrag auf Fortbestehen der Befugnis

wegen Verlegung der Weiterbildungs-
stätte

wegen Änderung der Struktur an der
Weiterbildungsstätte

2 Bezeichnung

Facharztkompetenz

Schwerpunktkompetenz

Zusatz-Weiterbildung

Entsprechende Bezeichnung eintragen

3 Umfang und Art der WB-Befugnis

Beantragt wird das Fortbestehen der
Befugnis im Umfang von

Anzahl der
Monate

Alleinige
Befugnis

Kumulative
Befugnis

4 Antragstellende Person

Titel, Vorname, Name

Tätigkeitsumfang

Vollzeit

Teilzeit im Umfang von

Stunden/Woche

5 Bisherige Anschrift der WB-Stätte

Praxis

MVZ

sonst. Einrichtung

bis (Datum)

Name, Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

6 Neue Anschrift der WB-Stätte

Praxis

MVZ

sonst. Einrichtung

seit (Datum)

Name der WB-Stätte (Praxis | MVZ)

Anschrift der WB-Stätte (Straße, PLZ, Ort)

Mobil

Telefon

E-Mail (kein Funktionspostfach)

Vertragsarzt-/Betriebsstättennummer

7 Tätigkeitsumfang

Vollzeit

Teilzeit im Umfang von

Stunden/Woche

8 Praxis | Weiterbildungsstätte | Praxisform

Einzelpraxis

Berufsausübungsgemeinschaft mit

Praxisgemeinschaft mit

bitte Namen aller beteiligten Personen eintragen

Medizinisches Versorgungszentrum

Anzahl Ärzt:innen am Standort

bitte Namen eintragen

Weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Ärzt:innen

Ja

Nein

Räumliche Ausstattung

Behandlungsräume Funktionsräume sonstige Räume

Größe der Praxis in m²

Anzahl der Räume, davon

Arbeits-/Untersuchungszimmer für Ärzt:innen in Weiterbildung

Ja

Nein

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

Ja

Nein

wenn ja, bitte Einschränkungen angeben

9 Umfang der Patientenversorgung und Leistungsspektrum der Praxis

a. Einzelpraxis (durchschnittl. Fallzahl/Quartal angeben)

GKV-Patient:innen

HzV² (nur Allgemeinmed.)

Privatpatient:innen

b. Berufsausübungsgemeinschaft | MVZ

Fallzahl/Quartal

GKV-Patient:innen, davon entfallen auf antragstellende Person

HzV² (nur Allgemeinmed.), davon entfallen auf antragstellende Person

Privatpatient:innen, davon entfallen auf antragstellende Person

Sonstiges (Behörden, Arbeitsmediziner:innen)

10 Personelle Besetzung, insb. Ärzt:innen in Weiterbildung

Gesamtzahl Ärztliches Personal der Einrichtung, für die Befugnis beantragt wird

davon

Anzahl angestellte Ärzt:innen

Anzahl Fachärzt:innen

Name(n) der Fachärzt:innen

Anzahl Ärzt:innen in Weiterbildung

11 Dokumentation im eLogbuch

Das elektronische Logbuch für die WB dient der kontinuierlichen Dokumentation der absolvierten Weiterbildungsinhalte durch die Ärzt:innen in WB. 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).

HINWEIS: Wir registrieren Sie über das Mitgliederportal für das eLogbuch!

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 und das Logbuch auch nicht freigeben. (Bitte nachfolgende Punkte beachten)

Gemäß § 8 Abs. 1 WBO ist die Dokumentation Teil der WB. Ich habe die Ärzt:innen in WB darüber informiert, dass die geforderten WB-Inhalte gemäß § 8 Abs. 1 WBO kontinuierlich im eLogbuch zu dokumentieren sind.

Mindestens einmal jährlich bestätige ich den Weiterbildungsstand der Weiterzubildenden im eLogbuch.

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

12 Angaben zur Strukturierung der Weiterbildung in der Praxis

Das gemäß § 5 Abs. 6 WBO geforderte gegliederte Programm für die WB (= WB-Plan) ist als gesonderte ANLAGE beigefügt. Es muss darüber hinaus den Ärzt:innen in WB ausgehändigt werden.

13 Information zum Antrag | Unterschrift

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

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

Empfänger des Gebührenbescheids, falls dieser nicht Sie selbst sind (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in

ANLAGE (bitte per E-Mail an befugnisse@aekhh.de)

Anlage zu 12. Weiterbildungs-Plan