

1
Ärztkammer Sachsen-Anhalt
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

Telefon (0391) 6054-6 Fax (0391) 6054-7000

- in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen
- keine Zirka-Angaben verwenden
- * nicht Zutreffendes streichen

**Antrag auf Erteilung einer Befugnis zur Weiterbildung
und Zulassung als Weiterbildungsstätte /
Anerkennung von Weiterbildungszeiten / Weiterbildungsinhalten
in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung
Allgemeinmedizin**

Erteilung einer Befugnis zur Weiterbildung

A. Allgemeines

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Privatanschrift

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Tel.: _____

E-Mail (privat): _____

Anschrift der Praxis

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____ Tel.: _____

E-Mail (dienstlich): _____

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

ganztägige Tätigkeit ja / nein* **Teilzeit** ja / nein* Std./Woche _____

Facharztanerkennung _____ seit _____

_____ seit _____

Schwerpunktanerkennung _____ seit _____

_____ seit _____

Anerkennung einer Zusatzbezeichnung

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

Sind Sie im Besitz eines Fortbildungszertifikates der ÄKSA? ja / nein*

Teilnahme am kassenärztlichen Notdienst ja / nein*

C. Weiterbildungsprogramm

- **Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt, dabei kann auf den fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan Bezug genommen werden.**
- **Dieses Programm ist auch dem Weiterzubildenden auszuhändigen.**

Weiterbildungsprogramm:

Erwerb von allgemeinen Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der primären Diagnostik, Beratung und Behandlung bei allen auftretenden Gesundheitsstörungen und Erkrankungen im unausgelesenen Patientengut
- der Integration medizinischer, psychischer und sozialer Belange im Krankheitsfall
- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

Bitte ergänzen:

Erwerb von speziellen (Ihr eigenes Fachgebiet betreffend) Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel*

* Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

Zulassung als Weiterbildungsstätte

D. Beschreibung der Praxis

Raumaufteilung

Zweites Sprechzimmer für Assistenten vorhanden? ja / nein*

- Handelt es sich um einen ständigen (nicht alternierenden) Behandlungsraum? ja / nein*

- Welche Größe umfasst dieser Behandlungsraum? _____ m²

Geräteaufstellung (bitte nachfolgend auflühren)

Erfolgt die Praxisorganisation mittels Praxiscomputer? ja / nein*

Erfolgt die Abrechnung mittels Praxiscomputer? ja / nein*

E. Medizinisches Assistenzpersonal

Arzthelfer/innen/Schwester _____

Auszubildende _____

Sonstiges medizinisches Personal _____

F. anzuerkennende Weiterbildungszeit

3 Monate ambulante Weiterbildung

6 Monate ambulante Weiterbildung

in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung

(für die allgemeinmedizinische Weiterbildung sind auch 3-Monatsabschnitte anrechenbar)

Hinweise:

Gemäß § 5 Abs. 6 Weiterbildungsordnung Sachsen-Anhalt (WBO) ist der zur Weiterbildung befugte Arzt verpflichtet, an Evaluationen und Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammer zur ärztlichen Weiterbildung teilzunehmen.

Gemäß § 6 Abs. 3 WBO sind Veränderungen in Struktur und Größe der Weiterbildungsstätte unverzüglich der Ärztekammer anzuzeigen.

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

Erläuterungen: Die Weiterbildungsbefugnis (WBB) wird ab Datum der vollständigen Antragstellung erteilt.

Diese Weiterbildungsbefugnis gilt nur für Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin.

Sollten Sie auch für Ihr Fachgebiet eine Befugnis wünschen, sind die entsprechenden Erhebungsbögen mit den geforderten Angaben/Leistungsdaten einzureichen.

Hausärztlich tätige Internisten, die eine Weiterbildungsbefugnis in der ambulanten hausärztlichen Versorgung beantragen möchten, müssen den ausführlichen Erhebungsbogen mit den geforderten Angaben/Leistungsdaten einreichen.