

Beitrittserklärung für den stationären Bereich

Gerne sind wir angesichts der Unterstützung durch die KOSTA auf der Grundlage der Vereinbarung „**Regionale Weiterbildungsverbände Sachsen-Anhalt/Anlage der KOSTA-Vereinbarung vom 18. Januar 2011**“ bereit, uns als Weiterbilder in unserer Region zu engagieren.

Name der Weiterbildungsstätte

Anschrift

Telefon/Fax

Email

Ansprechpartner

Wir sind des Weiteren einverstanden, dass wir mit dieser Beitrittserklärung

- als potentielle Weiterbilder durch die KOSTA auf Grundlage der für unser Haus bestehenden Weiterbildungsbefugnisse, interessierten Kollegen gegenüber benannt und auf www.KOSTA-LSA.de im Internet aufgeführt werden,
- bei vorhandener Kapazität und stimmiger vertraglicher Voraussetzungen einen übermittelten Bewerbervorschlag der KOSTA binnen vier Wochen nach Übersendung, der KOSTA bestätigt zurückzusenden und die entsprechende Weiterbildung zu übernehmen und damit zu realisieren,
- eine übernommene allgemeinmedizinische Weiterbildung unter Beachtung der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen fachlich strukturiert und qualitätsgesichert mit Verantwortung für die Weiterbildungsinhalte durchführen werden. Insbesondere werden wir die für eine ambulante allgemeinmedizinische Tätigkeit wesentlichen und gesichert am Patienten zu erlernenden Weiterbildungsinhalte z. B. im Gebiet Inneren Medizin (Sonografie, Ergometrie, Langzeitblutdruckmessung, Langzeit-EKG) und im Gebiet Chirurgie (kleine Wundversorgung und kleine operative Eingriffe) vermitteln. Alle während der fünfjährigen Weiterbildungszeit zu vermittelnden Weiterbildungsinhalte sind dem Logbuch der Ärztekammer Sachsen-Anhalt zu entnehmen.
- die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin für Fortbildungsveranstaltungen, die von der KOSTA angeboten werden, freistellen werden,
- eine notwendige, partnerschaftliche enge Zusammenarbeit zwischen der KOSTA und den Regionalverantwortlichen im jeweiligen Regionalverbund unterstützen werden.

Wir möchten im Regionalverbund _____mitarbeiten.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

In unserem Haus bestehen für folgende Fachgebiete in der unmittelbaren Patientenversorgung die Weiterbildungsbefugnisse:

1. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
2. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
3. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
4. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
5. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
6. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
7. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
8. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
9. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
10. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
11. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
12. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
13. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
14. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
15. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
16. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
17. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
18. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
19. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten
20. _____ mit einem Umfang von _____ Monaten

Original: KOSTA

Kopien: beigetretene Weiterbildungsstätte und Regionalverantwortlicher