



PRAXIS

**Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis
für die Zusatz-Weiterbildung**

Spezielle Schmerztherapie

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang von _____
(Angabe in Monaten)

B. **ANGABEN ZUR PERSON:**

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Praxisanschrift: _____ Tel.: _____

Kassenarztnummer: _____

Privatanschrift: _____

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

_____ seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

Spezielle Schmerztherapie seit: _____

_____ seit: _____

_____ seit: _____

niedergelassen in Voll- Teilzeittätigkeit als:

_____ seit: _____

Sind / waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für eine 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 und Nennung der Namen _____

Praxisgemeinschaft

Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)¹

Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____

ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung
z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft

2. Räumliche Ausstattung

Größe der Praxis in m²: _____

Gesamtzahl der Räume: _____

davon: _____ Behandlungsräume
_____ Funktionsräume
_____ sonstige Räume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten Ja / Nein

3. Apparative Ausstattung der Praxis:

Bitte genaue Angaben zur apparativen Ausstattung als **ANLAGE 1** beifügen !

4. Personelle Ausstattung (Bitte Anzahl angeben)

a) Ärztinnen / Ärzte davon Fachärzte

davon _____

Vollzeit / Teilzeit

_____/_____

davon _____

Vollzeit / Teilzeit

_____/_____

b) Medizinisches Assistenzpersonal

	Medizinische Fachangestellte	MTA / MTRA	Krankenschwestern	Sonstige (bitte nennen)
Vollzeit:				
Teilzeit:				

¹ Bei einer Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum muss sichergestellt werden, dass der zur Weiterbildung befugte Arzt in jedem Fall weisungsbefugt gegenüber dem Weiterbildungsassistenten ist. Bitte fügen Sie diesem Antrag eine entsprechende Bestätigung als gesonderte **ANLAGE** bei.

5. Umfang der PatientenversorgungDurchschnittliche Fallzahl pro Quartal:**DER EINZELPRAXIS**

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

davon entf. a. d. Antragsteller/ stellerin

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis²

Bitte fügen Sie eine aktuelle **Einzeleleistungs-Statistik** der **Honorarabrechnung** der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bei !

7. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin

Bitte auf **ANLAGE 2a** sowie Angaben zu den schmerztherapeutischen Verfahren die in Ihrer Praxis eingesetzt werden auf **ANLAGE 2b** vermerken.

8. Möglichkeiten zur Fachinformation

Bitte auf **ANLAGE 3** vermerken.

D. PERSÖNLICHE UND FACHLICHE EIGNUNG:**9. Lehrtätigkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten 5 Jahren**

- Ja *
- Nein

* Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

10. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre

Bitte **Punktekontoauszug der Fortbildungsakademie** als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

11. Teilnahme an Qualitätszirkeln:

- Nein
- Ja (welche:)

² Nachweis einer regelmäßigen und überwiegenden Tätigkeit im Bereich der „Speziellen Schmerztherapie“ im Sinne des § 5 Abs. 2 WBO.

Die schmerztherapeutische Einrichtung soll mindestens 100 Patienten pro Jahr neu in die Behandlung aufnehmen. Die Gesamtpatientenzahl soll 300 pro Jahr betragen, wobei auch die Konsiliarbehandlungsfälle, die den Kriterien der speziellen Schmerztherapie entsprechen, berücksichtigt werden (vergl. § 1 Abs. 2 Nr. 2 der Befugnis-kriterien).

12. Beruflicher Werdegang

Bitte als **ANLAGE 4** beifügen.

13. Strukturierter Weiterbildungsplan

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

14. Wie wird die Weiterbildung – unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 2 (siehe Anhang zum Erhebungsbogen) – dokumentiert ?

- in Form des Logbuches
- in Form eines eigenen Dokumentationssystems

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)

F. ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFGENOSSENSCHAFT:

- Nein**
- Ja**

Hamburg, den: _____

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 2 a

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 2 b**Detaillierte Angaben zu den schmerztherapeutischen
Verfahren, die in der Praxis eingesetzt werden****HINWEIS:**

Anzugeben ist der Einsatz von 6 aus 9 schmerztherapeutischen Verfahren gemäß den Bestimmungen der Weiterbildungsordnung. Für die restlichen 3 Verfahren muss die/der zur Weiterbildung berechnigte Ärztin/Arzt in Kooperation mit anderen Einrichtungen die Vermittlung der Kenntnisse und Erfahrungen gewährleisten (vergl. § 1 Nr. 3 VII der Befugnisurriterien)

1. Entzugsbehandlungen bei Medikamentenabhängigkeit

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

2. Spezifische Pharmakotherapie

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

3. Spezifische psychosomatische und übende Verfahren

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

4. Diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

5. Stimulationstechniken, z.B. TENS

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

6. Spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

7. Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z.B. Neurologie, zentrale Stimulation)

NEIN

JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

8. Plexus- und rückenmarksnahe Analgesien

NEIN

JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

9. Sympathikusblockaden

NEIN

JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

Bitte angeben:

Es besteht eine Kooperation mit folgender/-den Einrichtung(en):

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 3

Möglichkeiten zur Fachinformation

1) Angaben zur Handbibliothek:

Fachzeitschriften der Zusatz-Weiterbildung, und zwar

Fachbücher der Zusatz-Weiterbildung, und zwar

2) Zugang zu Datennetzen:

Ja Nein

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 4

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