



# ANTRAG AUF ERTEILUNG EINER WEITERBILDUNGSBEFUGNIS

## Stationärer Bereich – Generalbogen

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

Facharztkompetenz     Schwerpunktkompetenz     Zusatz-Weiterbildung

\_\_\_\_\_  
(entsprechende Bezeichnung eintragen)

### A. UMFANG

Beantragt wird eine Befugnis im Umfang von \_\_\_\_\_ Monaten

**allein** (Einzelbefugnis)

**gemeinsam** mit folgenden Ärzten (kumulative WBB oder Verbund-WBB):<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hauptantragsteller (Ansprechpartner – nur bei kumulativen und/oder Verbund-WBB)

\_\_\_\_\_

### B. ANGABEN ZUR PERSON DES ANTRAGSTELLERS:

Titel, Name, Vorname, \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geschlecht:     männlich     weiblich     divers

Name / Anschrift der Klinik | Klinikabteilung:

Name: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Haupttätigkeit: \_\_\_\_\_ Std./Woche \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

weitere Tätigkeiten | Std./Woche (z.B. weitere Chefarztstätigkeit, MVZ, Niederlassung etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Anerkennungen:

Facharztanerkennung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

ggf. weitere FA-Anerkennung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Schwerpunktanerkennung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

ggf. weitere SP-Anerkennung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Zusatz-Weiterbildung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

ggf. weitere ZWB \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> In diesem Fall sind die ersten 3 Seiten des Antragsformulars von jedem Antragsteller einzeln auszufüllen und einzureichen, die übrigen Seiten reichen einfach

### Berufliche Stellung

- Vollzeit**  
 **Teilzeit im Umfang von** \_\_\_\_\_ % der Regelarbeitszeit

als \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Dienststellung in der Abteilung: \_\_\_\_\_

Weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Ärzten?

- JA  
 NEIN

Vertragsärztliche Ermächtigung?

- NEIN  
 JA, welche \_\_\_\_\_

### Persönliche und fachliche Eignung

1. Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für die beantragte Qualifikation zur Weiterbildung befugt?

- JA  
 NEIN

Falls JA, bitte angeben:

Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_ | Zeitraum \_\_\_\_\_ | Umfang \_\_\_\_\_

2. Lehrtätigkeit in Aus-, Fort- und Weiterbildung in den letzten 5 Jahren

- JA  
 NEIN

Bitte entsprechende Nachweise als gesonderte **ANLAGE** beifügen

3. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre

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

4. Teilnahme an Qualitätszirkeln

- JA  
 NEIN

Falls JA, welche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Beruflicher Werdegang

Bitte Lebenslauf als gesonderte **ANLAGE** beifügen

### C. ANGABEN ZUR EIGENEN KRANKENHAUSABTEILUNG | WEITERBILDUNGSSTÄTTE:

1. Einbindung der Abteilung in die Krankenhausstruktur (selbständig | zugeordneter Funktionsbereich etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.1 Bettenführende Station/-en

\_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_

2.2 Intensivabteilung  JA  NEIN

Bettenzahl \_\_\_\_\_

Bitte gesonderte Angaben zur intensiv-stationären Weiterbildung als **ANLAGE 1** beifügen

2.3 Spezialabteilungen (z.B. Notaufnahme, Poliklinik, Ambulanz, Funktionsabteilung etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Besondere apparative Ausstattung der Abteilung

Bitte gesonderte Angaben hierzu als **ANLAGE 2** beifügen

4. Angaben zu Kooperationen mit anderen Einrichtungen / Abteilungen

Bitte gesonderte Angaben hierzu als **ANLAGE 3** beifügen

5. Angaben zu Qualitätssicherungsmaßnahmen / Zertifizierungen

---

6. Werden interdisziplinäre Konferenzen (z.B. Tumorkonferenzen) durchgeführt?

- JA  
 NEIN

7. Zugang zu Fachinformationen

- |                                       |                             |                               |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bibliothek mit gängiger Fachliteratur | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Nutzung von Datennetzen               | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Regelmäßige Klinikfortbildung         | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

## D. ANGABEN ZUR STRUKTURIERUNG DER WEITERBILDUNG IN IHRER ABTEILUNG:

1. Bitte gegliedertes Programm für die Weiterbildung (Weiterbildungsplan | § 5 Abs. 6 WBO) als **gesonderte ANLAGE** beifügen

2. Ist für die Absolvierung der Weiterbildung in Ihrer Abteilung eine Rotation erforderlich?

- JA  NEIN

Falls JA, ist die Rotation für die Weiterzubildenden organisatorisch gesichert?

- JA  NEIN

3.1 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 mich zum Zeitpunkt der Antragsstellung über das Mitgliederportal für das eLogbuch registriert habe!**

- 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 3.2 und 3.3 beachten)

3.2 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

3.3 Mindestens einmal jährlich bestätige ich den Weiterbildungsstand der Weiterzubildenden im **elektronischen Logbuch**.

- JA

4.1 Welche Fortbildungsmöglichkeiten bestehen an Ihrer Weiterbildungsstätte für die Weiterzubildenden?

---

4.2 Erfolgt eine Freistellung der Weiterzubildenden für den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen?

- JA  NEIN

**E. ANGABEN ZUR PERSONELLEN BESETZUNG:**

**Gesamtzahl Ärztliches Personal:** (der Abteilung, für die die Befugnis beantragt wird): \_\_\_\_\_, davon

**Chefarzt/-ärzte:** \_\_\_\_\_

**Oberarzt/-ärzte** \_\_\_\_\_ Name(n) der Oberärzte: \_\_\_\_\_

**Fachärzte:** \_\_\_\_\_

**Assistenzarzt/-ärzte:** \_\_\_\_\_

**Ärzte in Weiterbildung im beantragten Fach:** Vollzeit \_\_\_\_\_ Teilzeit \_\_\_\_\_

**Konsiliarärzte für die Abteilung**

NEIN

JA, mit Fachrichtung(en)

**F. ALLGEMEINE STATISTISCHE ANGABEN DER ABTEILUNG:**

1. Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

2. Durchschnittliche Verweildauer \_\_\_\_\_ (Tage)

3. Belegung im Berichtsjahr in % \_\_\_\_\_

**Spezielles Leistungsspektrum/Jahresstatistik des Vorjahres sowie Ausdruck des aktuellen Qualitätsberichts der Abteilung als gesonderte ANLAGE beifügen**

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 Antragstellende

Datum: \_\_\_\_\_

# ANLAGE 1

## ANGABEN ZUR INTENSIV-STATIONÄREN WEITERBILDUNG

Besteht die Möglichkeit einer Weiterbildung auf der Intensivstation?

JA

NEIN

Handelt es sich um eine fachspezifische oder interdisziplinäre Intensivstation?

fachspezifisch

interdisziplinär

Verfügt Ihre Abteilung \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)  
dort über eigene Betten?

JA, und zwar \_\_\_\_\_ Betten

NEIN

Wem obliegt die Leitung der Intensivstation bzw. wer hat die Weisungsbefugnis (bitte angeben)?

Leitung ITM:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weisungsbefugnis ITM:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANLAGE 2

### BESONDERE APPARATIVE AUSSTATTUNG DER ABTEILUNG

Methoden / Untersuchungsverfahren	Gerätetyp

## ANLAGE 3

**ANGABEN ZU KOOPERATIONEN MIT ANDEREN EINRICHTUNGEN / ABTEILUNGEN:** (z.B. Pathologie, Radiologie, Labor, Mikrobiologie, Praxen, MVZ und öffentliche Einrichtungen)

Kooperationspartner:

---

---

---

Name(n) der anleitenden Person(en):

---

---

---

Kooperationsinhalt(e):

---

---

---

Bitte fügen Sie einen von allen Beteiligten gemeinsam unterzeichneten Kooperationsvertrag als gesonderte **ANLAGE** bei.