

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

**Akupunktur**

---

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird eine Weiterbildungsbefugnis

- für die 60-stündige praktische Akupunkturbehandlung.
- für die Durchführung von Fallseminaren <sup>1</sup>

B. **ANGABEN ZUR PERSON:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Kassenarztnummer: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Niedergelassen als:

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Anerkennung der Zusatz-Weiterbildung Akupunktur seit: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Anerkennungen (gemäß Weiterbildungsordnung):

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> Sofern die Anerkennung des 20-stündigen Fallseminars (mit mindestens 5 Sitzungen) beantragt wird, bitten wir Sie, die nachstehende Angabe als **gesonderte ANLAGE** beizufügen.

1. Vorgesehene Teilnehmerzahl
2. Darlegung der zeitlichen Rahmenbedingungen (hier insbesondere, ob das Seminar während oder außerhalb der regulären Sprechzeiten erfolgt und über welche Dauer es sich erstreckt)
3. Ausführungen zu den Inhalten des vorgesehenen Fallseminars .

Sind Sie bereits im Besitz einer Weiterbildungsbefugnis?

Ja /  Nein

Falls Ja, bitte angeben:

Bezeichnung \_\_\_\_\_

Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

zeitlicher Umfang \_\_\_\_\_ Monate

Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für die Zusatz-Weiterbildung Akupunktur 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 \_\_\_\_\_

Praxismgemeinschaft

Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_

ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung

z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft

#### 2. Räumliche Ausstattung

Größe der Praxis in m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

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

davon

Vollzeit / Teilzeit

Vollzeit / Teilzeit

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

b) Medizinisches Assistenzpersonal

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

**5. Umfang der Patientenversorgung**Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal:**DER EINZELPRAXIS**

Kassenpatienten: \_\_\_\_\_

Privatpatienten: \_\_\_\_\_

**DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS**

davon entf. a. d. Antragsteller/ stellerin

Kassenpatienten: \_\_\_\_\_

Privatpatienten: \_\_\_\_\_

**6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis**

- a) Durchschnittlicher Anteil der Akupunktur-Patienten pro Quartal in % \_\_\_\_\_
- b) Zahl der von Ihnen durchgeführten Akupunktur-Sitzungen pro Woche insgesamt \_\_\_\_\_

Bitte als gesonderte **ANLAGE** Anamnesen / Verlaufskontrollen in anonymisierter Form (exemplarisch für ein Quartal) beifügen !

**7. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin**

Bitte auf **ANLAGE 2** 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:)

---

---

---

**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 – 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**

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

**ANLAGE 3****Möglichkeiten zur Fachinformation**1) Angaben zur Bibliothek:

Ihre Angaben beziehen sich auf

 Online-Medien  vor Ort einsehbare Medien

Fachzeitschriften des Gebietes, und zwar

International anerkannte Fachzeitschrift: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Fachbücher des Gebietes, 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