

**Erhebungsbogen zum Antrag**  
**auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis**  
**im Gebiet**

**Arbeitsmedizin**

---

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.: \_\_\_\_\_

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

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

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

ggf. weitere Anerkennungen (gemäß Weiterbildungsordnung):

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

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

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

Niedergelassen als:

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

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

Ja /  Nein

Falls Ja, bitte angeben:

Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_

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

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

C. **ANGABEN ZUR PRAXIS:**

**1. Praxisform / Arbeitsmedizinische Einrichtung**

- Einzelpraxis  
 Gemeinschaftspraxis  
 Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_  
 Praxisgemeinschaft  
 Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_  
 ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung  
 z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft  
 Arbeitsmedizinisches Zentrum  
 Betriebsärztliche Abteilung einer Firma

**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 / Arbeitsmedizinischen Einrichtung:**

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:				

## 6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis / Arbeitsmedizinischen Einrichtung

Bitte auf **ANLAGE 4** vermerken.

## 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. Vortragstätigkeit / Veröffentlichungen

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

#### 11. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre

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

#### 12. Teilnahme an Qualitätszirkeln:

- Nein
- Ja (welche:)

---

---

---

#### 13. Beruflicher Werdegang

Bitte als **ANLAGE 4** beifügen.

#### 14. Strukturierter Weiterbildungsplan

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

**15. Wie wird die Weiterbildung – unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 2 – dokumentiert ?**

in Form des Logbuches

in Form eines eigenen Dokumentationssystems

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



