

PRAXIS

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

Diabetologie

- Innere und Allgemeinmedizin -

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 Innere Medizin / Allgemeinmedizin /

Innere und Allgemeinmedizin seit: _____

Diabetologie seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

_____ seit: _____

_____ seit: _____

_____ seit: _____

niedergelassen in Voll- Teilzeittätigkeit 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

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

Raum, der vorwiegend für die Schulung und Beratung genutzt wird und für Unterrichtszwecke eingerichtet ist 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	Diabetologe	Diabetesberaterin (Standard nach DDG)	Diabetesassistentin (Standard nach DDG)	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: _____

_____ % der Patienten sind überwiesene Patienten

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

6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis**6.1. Fallzahl pro Jahr**

_____ Typ 1 Diabetiker

_____ Typ 2 Diabetiker

(Hauptdiagnose und/oder Schwerpunkt-Betreuung, z.B. Konsilardienst)

_____ neue schwangere Diabetikerinnen (Typ 1 u. Typ 2)

_____ Pumpenpatienten

6.2. Strukturierte Schulungen pro Jahr

ICT-Schulungen bei _____ Patienten

Schulungen für nicht insulinpflichtige Patienten: _____

Bitte die Anzahl der behandelten Patienten z.B. durch Konsiliarscheine oder Leistungsnachweise als **gesonderte ANLAGE** dokumentieren !

7. Konsiliarische Zusammenarbeit mit folgenden Fachgruppen:

- Augenarzt
- Neurologe
- Nephrologe
- Kardiologe
- Radiologe / interventionelle Angiologie
- Gefäßchirurg
- Psychologe oder Psychotherapeut
- Diätassistentin²
- Orthopädie-Schuhmacher
- Podologe
- Gynäkologe/Geburtshelfer

² Nicht jede Praxis hat eine Diätassistentin vor Ort. Wenn eine Diabetesassistentin, die ebenfalls erforderlich ist, eine Weiterbildung aufbauend auf ihrer Ausbildung zur Diätassistentin absolviert hat, ist eine konsiliarische Zusammenarbeit nicht notwendig.

8. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin

Bitte auf **ANLAGE 2** vermerken.

9. Möglichkeiten zur Fachinformation

Bitte auf **ANLAGE 3** vermerken.

D. PERSÖNLICHE UND FACHLICHE EIGNUNG:

10. Lehrtätigkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten 5 Jahren

- Ja *
- Nein

* 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 einen strukturierten Weiterbildungsplan als **gesonderte ANLAGE** beifügen !

Bitte Curricula zur strukturierten Schulung für alle angewandten Therapieformen entsprechend den aktuellen Leitlinien der DDG 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

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 BERUFSGENOSSENSCHAFT:** **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