

PRAXIS

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

Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie
- bezogen auf den speziellen Abschnitt der Weiterbildung -

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang von

6 Monate

12 Monate

B. **ANGABEN ZUR PERSON:**

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Praxisanschrift: _____ Tel.: _____

Kassenarztnummer: _____

Privatanschrift: _____

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

Plastische und Ästhetische Chirurgie 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

3. Apparative Ausstattung der Praxis/ Belegklinik:

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	Kranken-Schwester	OP-Schwester	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.

6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis

Bitte fügen Sie einen OP-Katalog - aufgegliedert nach den Richtzahlen der Weiterbildungsordnung – über einen Zeitraum von einem Jahr bei !

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 ***

*Wenn eine **Belegarzttätigkeit** erfolgt, werden Sie gebeten, den Belegarztvertrag als gesonderte **ANLAGE** beizufügen.

Name des Krankenhauses / des Heimes:

Bettenzahl

Behandlungsfälle pro Jahr

Zeitlicher Umfang der beleg-/konsiliarärztlichen Tätigkeit
(Bitte Prozentsatz der Gesamtarbeitszeit angeben)

Bitte genaue Angaben zur apparativen Ausstattung der Belegklinik als **ANLAGE 1** beifügen ! (vgl. C. Punkt 3)

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