

Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis
im
Gebiet Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin¹
sowie zum
„Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“²

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang von _____
(Angabe in Monaten)

B. **ALLGEMEINES**

Name und Anschrift der Klinik / des Krankenhauses / der Abteilung / des Institutes / der Praxis

_____ Tel. _____

selbständige Abteilung ja / nein

Name und Anschrift des Chefarztes / Weiterbildungers / Leiters (sofern von Nachstehendem abweichend)

Name _____ Vorname _____ Tel. _____

C. **DIENSTSTELLUNG / BERUFLICHER WERDEGANG**

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Privatanschrift _____

Dienststellung/Tätigkeit _____ seit _____

Niedergelassen als

Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin seit _____

Hausärztliche(r) Internistin/Internist seit _____

Kassenarztnummer _____

¹ gem. WBO vom 01.04.1096 i.d.F. vom 07.05.2001

² gem. WBO vom 21.02.2005 i.d.F. vom 01.09.2008

Anerkennung Facharzt/Fachärztin für
Allgemeinmedizin seit _____
Innere und Allgemeinmedizin seit _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

_____ seit _____
_____ seit _____
_____ seit _____

Anerkennung einer aktuellen Fachkunde nach RÖV
welche? _____

Mitglied von Gesellschaften? (ggf. mit Funktionen)

- Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
 Mitglied in _____

Einzelheiten des beruflichen Werdegangs bitte als ANLAGE 1 beifügen.

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

D. **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)³
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: _____ Sprechzimmer
_____ Behandlungszimmer
_____ EKG / Ergometrieraum
_____ OP-Raum
_____ Aufenthaltsraum

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten Ja / Nein

³ 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.

3. Personelle Ausstattung (Bitte Anzahl angeben)

- a) Ärztinnen / Ärzte: _____ davon Fachärzte: _____
davon _____ davon _____
Vollzeit / Teilzeit Vollzeit / Teilzeit
_____/_____ _____/_____

b) Medizinisches Assistenzpersonal

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

4. Möglichkeiten zur FachinformationBitte auf **ANLAGE 2** vermerken.**5. Dokumentation** (bitte ankreuzen)

- Karteikarte EDV gemischt
 sonstige _____

E. PATIENTENSTATISTIK (ca.-Angaben pro Quartal, inklusive Privatpatienten)**Durchschnittliche Anzahl aller Patienten im Quartal der**

-
- Gemeinschaftspraxis
-
- Einzelpraxis _____

davon entfallen auf den Antragsteller _____

Anzahl der Patienten im Alter von < 18 Jahren _____

18 – 65 Jahren _____

> 65 Jahren _____

Anzahl der männlichen Patienten (in %) _____

Anzahl der weiblichen Patienten (in %) _____

Anzahl der Hausbesuche pro Quartal _____

(bei Antrag auf gemeinsame Befugnis: Anzahl pro Arzt angeben)

Anzahl der Notfalldienste pro Quartal _____

(bei Antrag auf gemeinsame Befugnis: Anzahl pro Arzt angeben)

- Ich bin damit einverstanden, dass die Richtigkeit meiner Angaben von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bestätigt wird. (Hinweis: In Einzelfällen sind Rückfragen bei der KVH notwendig. Es dient der gegenseitigen Verfahrensvereinfachung, wenn Sie hierfür Ihr Einverständnis erklären.)

F. LEHRTÄTIGKEIT**in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten 5 Jahren**

- Ja *
 Nein

* Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

G. FORTBILDUNG/ QUALITÄTSSICHERUNG

Fortbildung ist für Ärzte gem. Heilberufsgesetz und Berufsordnung verpflichtend. Die Ärztekammer Hamburg bietet daher den Erwerb des Fortbildungszertifikates an, welches seit 2004 beantragt werden kann.

1. 5-jähriges Fortbildungszertifikat nach SGB V ja / nein
 2. 1-Jahreszertifikat für das Jahr _____ ja / nein

3. Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen (z. B. Qualitätszirkel)
 ja / nein

Wenn ja, welche _____

H. BELEGARZTTÄTIGKEIT / KONSILIARTÄTIGKEIT / HEIMARZTTÄTIGKEIT:

ja / nein

Name des Krankenhauses / des Heimes:

_____ Bettenzahl
 _____ Behandlungsfälle pro Jahr
 _____ Zeitlicher Umfang der beleg-/konsiliarärztlichen Tätigkeit
 (Bitte Prozentsatz der Gesamtarbeitszeit angeben)

I. ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFSGENOSSENSCHAFT

ja / nein

J. FACHSPEZIFISCHE AUSSTATTUNG DER PRAXIS (bitte ankreuzen)

**Anzahl der Untersuchungen/
Behandlungen pro Jahr**

- Audiometrie _____
 EKG, Einfach/Mehrfachsreiber, Gerätetyp u. Baujahr _____

 Belastungs-EKG, Gerätetyp und Baujahr _____

 Langzeit-EKG, Gerätetyp und Baujahr _____

 Lungenfunktionsgerät _____
 Langzeit-Blutdruckmeßgerät, Gerätetyp und Baujahr _____

 Elektrophysikalische Therapie _____
 Sonographie (detaillierte Angaben unter Punkt I)
 (Organe: - Abdomen _____
 - Schilddrüse) _____
 Gefäßdopplergerät (unidirektional), Gerätetyp u. Baujahr _____

- Gefäßdopplergerät (bidirektional), Gerätetyp u. Baujahr _____
- Untersuchungen d. Extremitätenversorgenden Gefäße _____
- Untersuchungen der extrakraniellen Hirngefäße _____
- Gipstherapie _____
- große/ kleine Wundversorgung _____
- Lokal-/ Leitungsanästhesie _____
- Infusionstherapie _____
- Transfusions- und Blutersatztherapie _____
- Betreuung von: - enteraler Ernährung über PEG _____
- ambulanter parenteraler Ernährung _____
- Proktoskopie/ Rektoskopie _____
- Inhalationsmöglichkeiten _____
- Notfall-Labor _____
- Sonstige Geräte _____
- Hausbesuchstätigkeit _____
- Psychosomatik _____
- Betreuung Sterbender _____
- Diabetikerschulungen Typ I _____
- Diabetikerschulungen Typ II _____

K. **SONOGRAPHIEN**

Sonographie-Geräte

Baujahr

Durch wen wird die Sonographie-Weiterbildung vermittelt? _____

Wie haben die genannten Personen ihre Sonographie-Qualifikation erworben? _____

L. **VORSORGEMEDIZIN** (bitte kreuzen Sie an, welche der genannten Untersuchungen Sie durchführen und wie oft dies ca. pro Jahr vorkommt)

- Arbeitsmedizinische G-Untersuchungen (welche?) _____
- Jugendarbeitsschutzuntersuchungen _____
- Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Frauen _____
- Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Männern _____
- Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen _____
- Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern/ Jugendlichen _____
- Schuluntersuchungen _____
- Gesundheitsberatung/ -untersuchung _____
- Tauglichkeitsuntersuchungen _____
- Verkehrsmedizinische Begutachtung _____

M. IN DER PRAXIS DURCHGEFÜHRTE MASSNAHMEN (bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologie | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie |
| <input type="checkbox"/> Betriebsmedizin | <input type="checkbox"/> Sportmedizin |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapie | <input type="checkbox"/> Akupunktur |
| <input type="checkbox"/> Proktologie | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte angeben, z. B. Betreuung einer Koronarsportgruppe, eines Altenheims) | |
-

N. SONSTIGE PRAXISEINRICHTUNGEN (bitte ankreuzen)

- Trockenphotometrie
- Hämokrit-Zentrifuge
- Blutbild
- CRP
- BSG
- Brutschrank
- Urinzentrifuge
- Mikroskop
- Eigenes Präsenzlabor
- Laborgemeinschaft
- Röntgen

Röntgengenehmigung der KV ja / nein
für Klasse _____

O. VERTRETUNG

Wer vertritt Sie im Rahmen der Weiterbildung im Falle Ihrer Verhinderung durch Urlaub, Kongressbesuch oder Krankheit?

1. _____
2. _____

P. WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEIT

ANLAGE 3 ggf. Auflistung eigener Veröffentlichungen/Referate

Q. DIAGNOSESTATISTIK

Bitte senden Sie an die Ärztekammer eine nach ICD aufgeschlüsselte Diagnoseliste, die angibt, wie oft im aufgelisteten Quartal die Diagnose in Ihrer Praxis vorkam. Sollte Ihre EDV dies nicht ermöglichen, können Sie sich diese bei der KV erstellen lassen (ggfs. kostenpflichtig)

ANLAGE 4.1 Erläuterungen zur Diagnosestatistik

ANLAGE 4.2 (Vordruck liegt bei) – Zur Übersicht erhalten Sie die tabellarische Aufstellung als Anhang mit der Bitte um Eintragung der jährlichen Leistungsziffern Ihrer Praxis. Es ist erforderlich, dass wir eine getrennte Dokumentation aller Weiterbildungsinhalte erhalten.

R. 1. WEITERBILDUNGSPLAN

Dem Antrag auf Erteilung der Weiterbildungsbefugnis ist gemäß Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 21.02.2005 i.d.F. vom 01.09.2008 ein detaillierter Weiterbildungsplan für die Weiterbildung zum Facharzt, in Schwerpunkten oder Zusatz-Weiterbildungen, für die die Befugnis beantragt wird, beizufügen. Dieser Weiterbildungsplan ist auch dem/den unter Ihrer Verantwortung stehenden Weiterbildungsassistenten auszuhändigen. Es soll klar ersichtlich sein, wie Sie die Weiterbildung organisatorisch und strukturell gestalten, so dass der Weiterbildungsassistent die von der Weiterbildungsordnung geforderten Inhalte erlernen kann.

- 2. Wie wird die Weiterbildung – unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 2 WBO – dokumentiert?**
- in Form des Logbuches
- in Form eines eigenen Dokumentationssystems

ANLAGE 5 - Weiterbildungsplan - Um Ihnen einen Anhaltspunkt für die Erstellung eines Weiterbildungsplans zu geben, fügen wir einen Musterplan bei. Bitte reichen Sie einen auf Ihre Praxis zugeschnittenen Weiterbildungsplan ein.

S. ANGABEN ZUM LEISTUNGSSPEKTRUM DER PRAXIS

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag eine Quartalsabrechnung der KV aus demselben Quartal wie die oben erwähnte Diagnosestatistik bei.

ANLAGE 6

Hamburg, den: _____

Unterschrift/Stempel
des/der Antragstellers/-stellerin

ANLAGE 1

Beruflicher Werdegang

(Bitte Stichworte angeben sofern zutreffend)

1. Ärztliche Ausbildung

2. Fachärztliche Weiterbildung (ggf. einschl. AiP-Zeit)

3. Zusatzqualifizierungen

4. Ärztliche Tätigkeiten im Ausland

Unterschrift/Stempel
des/der Antragstellers/-stellerin

ANLAGE 2**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/der Antragstellers/-stellerin

ANLAGE 3

Liste eigener Veröffentlichungen / Referate

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

Unterschrift/Stempel
des/der Antragstellers/-stellerin

ANLAGE 4.1

DIAGNOSESTATISTIK

Die Ärztekammer Hamburg benötigt diese Unterlagen um sicherzustellen, dass der Weiterbildende alle Inhalte der Weiterbildungsordnung während seiner Weiterbildungszeit bei Ihnen erlernen kann (s. beigefügte Kriterien). Wenn Sie 24 Monate Weiterbildungsberechtigung beantragen, müssen alle Module erfüllt werden bzw. können höchstens 2 Module durch Kooperation mit anderen Praxen bzw. Seminare erfüllt werden.

Um zu prüfen, welche Module bei Ihnen gelernt werden können, ist es für die Bearbeitung Ihres Antrags durch die ehrenamtlich diese Anträge prüfenden Kollegen zwingend notwendig, dass Sie die Statistiken in der angegebenen Form mit Ziffern versehen. Ansonsten kann Ihr Antrag leider nicht bearbeitet werden!

Falls die Vorlage einer Statistik nach ICD 10 möglich ist, entfällt die Forderung auf Angabe der Ziffern in den Statistiken.

Als Service können Sie auf unserer Homepage unter www.aerztekammer-hamburg.de/aerztliche Weiterbildung / einen Musterantrag mit Musteranlagen sehen.

Der erste Absatz unter den folgend genannten Modulen gibt an, welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Assistent am Ende seiner Weiterbildungszeit nachweisen muss.

Der zweite Absatz erläutert, wie Sie die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nachweisen und - falls erforderlich - die vorausgesetzte Anzahl für die Anerkennung des Moduls.

MODUL 1: AMBULANTE MEDIZIN

Dokumentationen von Behandlungsfällen einschl. Beratungsanlass, Diagnostik, Beratungsergebnis, Therapie und Begründung im unausgelesenen Patientengut,
- bei Kindern
- bei geriatrischen Syndromen und Krankheitsfolgen im Alter

Altersstatistik, Leistungsstatistik und Diagnosestatistik eines Quartals aus demselben Zeitraum

Eine Lehrpraxis soll mindestens 75 Patienten jünger als 18 Jahre und 100 Patienten älter als 65 Jahre regelmäßig pro Quartal versorgen

MODUL 2: PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN:

Integration medizinischer, psychischer und sozialer Belange im Krankheitsfall einschl. Erkennung von psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen, psychosozialen Zusammenhängen unter Berücksichtigung der Krisenintervention sowie der Beratung und Führung Suchtkranker

Legen Sie bitte eine Kopie Ihrer Abrechnungsgenehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung bei.

MODUL 3: FAMILIENMEDIZIN

Langzeit- und familienmedizinische Betreuung mit Dokumentation von mindestens 4 Patientenkontakten pro Jahr und Bestimmung von Behandlungszielen gemeinsam mit dem Patienten

Verbindliche Selbstauskunft: Bitte erklären Sie auf einem Extra-Blatt, dass Sie diese Art der Betreuung bei Ihren Patienten regelmäßig durchführen

MODUL 4: KINDER UND JUGENDMEDIZIN

Erkennung und koordinierte Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter

Bitte kennzeichnen Sie in der Diagnosenstatistik mit einer „4“ alle Diagnosen, die die Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kinder- und Jugendalter erkennen lassen (Bsp: ADHS, Enuresis nocturna, Magersucht). Außerdem kennzeichnen Sie bitte ebenfalls mit einer „4“ in der Leistungsstatistik die Ziffern für die Durchführung von Kinderuntersuchungen (U 4-9) oder Jugenduntersuchungen (J 1)

Wenn Sie selbst diese Untersuchungen und Behandlungen nicht durchführen und/oder in Ihrer Praxis nicht ausreichend viele Kinder und Jugendliche behandelt werden, so kann Ihnen dieses Modul anerkannt werden durch eine strukturierte Kooperation mit einer Kinder-Praxis, d.h. Freistellung des Assistenten (auf Ihre Kosten) in der Größenordnung von einem Monat zum Erfüllen des Moduls. Eine Weiterbildungsbefugnis muss für die Kinder-Praxis vorliegen.

ODER

Sie ermöglichen dem Weiterbildungsassistenten eine Teilnahme an einem Kursweiterbildungsmodul „Kinder in der Hausarztpraxis“ von 12 Stunden auf Kosten der Weiterbildungspraxis plus 20 Stunden Praktikum in einer Kinderärztlichen Einrichtung.

MODUL 5: BETREUUNG

Interdisziplinäre Koordination einschließlich der Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer und sozialer Hilfen in Behandlungs- und Betreuungskonzepte, insbesondere bei multimorbiden Patienten

Verbindliche Selbstauskunft: Bitte erklären Sie auf einem Extra-Blatt, dass Sie diese Art der Betreuung bei Ihren Patienten regelmäßig durchführen.

MODUL 6: HAUSBESUCHE:

Behandlung von Patienten in ihrem familiären Umfeld und häuslichen Milieu, in Pflegeeinrichtungen sowie in ihrem weiteren sozialen Umfeld einschließlich der Hausbesuchstätigkeit und Einschätzung der Pflegebedürftigkeit

Bitte kennzeichnen Sie in der Leistungsstatistik mit einer „6“ alle Ziffern für erbrachte Hausbesuche.

20 Hausbesuche pro Quartal müssen erbracht worden sein, um dieses Modul als Weiterbildender angerechnet zu bekommen. Bei Gemeinschaftspraxen muss diese Zahl mit der Anzahl der Praxispartner multipliziert sein (in einer Dreier-Gemeinschaftspraxis erwarten wir also mindestens 60 Hausbesuche pro Quartal. Wenn dies nicht der Fall ist so muss der Antragssteller schriftlich erklären, wie viele von den Hausbesuchen von ihm erbracht wurden).

MODUL 7: GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Dokumentation von gesundheitsfördernden Maßnahmen, z. B. im Rahmen gemeindenaher Projekte wie Seniorensport, Koronar-Sportgruppen, Raucherentwöhnungsgruppe, Rückengruppe einschl. Gesundheitsberatung u. a. diätetischer Beratung und Schulung

Verbindliche Selbstauskunft mit Darstellung eigener oder vermittelter Projekte (z.B. Herzsportgruppe, Raucherentwöhnung, DMP- Schulungen, EBM- Risikostratifizierung mittels Beratungstools, Ernährungsberatung)

MODUL 8: VORSORGE

Maßnahmen der Vorsorge- und Früherkennung, davon

- Impfwesen und Impfberatung,
- Prävention von Gesundheitsstörungen, Einleitung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen

Bitte kennzeichnen Sie in Ihrer Leistungsstatistik mit einer „8“ alle Präventionsleistungen: alle Gesundheitsuntersuchungen, Krebsvorsorgen, Hautkrebsvorsorgen, Reha-Verordnungen und Impfungen.

- *Mind. 30 Impfungen und*
- *Mind. 30 Gesundheitsuntersuchungen und*
- *Mind. 10 Krebsvorsorgen*

Verordnung von Funktionstraining/Rehasport

MODUL 9: SUCHTERKRANKUNGEN

Erkennung von Suchtkrankheiten und Einleitung von spezifischen Maßnahmen einschl. Gewalt- und Suchtprävention

Bitte kennzeichnen Sie in der Diagnosestatistik mit einer „9“ die Diagnosen, die eine Suchterkrankung definieren. Auf einem Extra-Blatt geben Sie bitte Auskunft, wie viele Suchtkranke Sie pro Quartal ca. betreuen.

Alternativ können Sie eine Kopie der „Anerkennung suchtmmedizinische Grundversorgung“ einreichen.

MODUL 10: ORTHOPÄDIE

Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Störungen einschl. Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen

Bitte kennzeichnen Sie in der Diagnosenstatistik die 10 häufigsten Diagnosen, die orthopädische Erkrankungen definieren, mit einer „10“. In der Leistungsstatistik kennzeichnen Sie bitte mit einer „10“ die Abrechnungsziffern für Chirotherapie, so Sie diese erbringen.

MODUL 11: NOTFALLMEDIZIN

Medizinische Notfallsituationen sowie Erkennung und Behandlung akuter Notfälle wie Synkopen, paroxysmale Tachykardien, akute Dyspnoen, einschließlich der Behandlungsfälle im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, davon lebensrettende Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung

Bitte legen Sie eine Selbstauskunft bei, aus der eine hinreichende Praxisausstattung für Notfalleinsätze hervorgeht (Vorhandensein und Inhalt des Notfallkoffers, Defi etc). Legen Sie eine Kopie der Fortbildungsbescheinigungen bei, aus denen ein Notfalltraining hervorgeht. Außerdem zehn ANONYMISIERTE Krankenblätter oder Einweisungsscheine EINES JAHRES aus denen eine Notfallbehandlung hervorgeht.

Sollten Sie nicht so viele Notfälle pro Jahr behandeln, so kann Ihnen dennoch dieses Weiterbildungsmodul angerechnet werden, wenn Sie Ihrem Weiterbildungsassistenten eine zweitägige Teilnahme bei einem Notfalleinsatzfahrzeug ermöglichen oder von ihm der Nachweis eines zertifizierten Reanimationsstandards am Phantom (nach den ERC-Kriterien) erbracht wird.

MODUL 12: CHIRURGIE

für die hausärztliche Versorgung erforderliche Techniken der Wundversorgung und der Wundbehandlung, der Inzision, Exzision, Exstirpation und Probeexzision auch unter Anwendung der Lokal- und peripheren Leitungsanästhesie

*Bitte kennzeichnen Sie in der Leistungsstatistik und Diagnosenstatistik mit einer „12“:
GOP 02300-02302 ggf. GOÄ
Mindestzahl 20 pro Quartal*

Nachweis der Behandlung chronischer und sek. verheilender Wunden über Selbstauskunft auf Extra-Blatt

*Wenn Sie nicht häufig genug chirurgische Eingriffe durchführen, so kann Ihnen dieses Modul anerkannt werden durch eine strukturierte **Kooperation** mit einer Chirurgie-Praxis, d.h. Freistellung des Assistenten (auf Ihre Kosten) in der Größenordnung von einem Monat zum Erfüllen des Moduls. Eine Weiterbildungsbefugnis muss für die Chirurgie-Praxis vorliegen.*

ODER

*Sie ermöglichen Ihrem Weiterbildungsassistenten die Teilnahme an einem **Kursweiterbildungsmodul** „Chirurgie in der Hausarztpraxis mit praktischen Übungen“ von 12 Stunden auf Kosten der Weiterbildungspraxis plus 20 Stunden Praktikum.*

Mindestens 20 chirurgische Eingriffe inkl. Versorgung chronischer Wunden pro Quartal durch den Antragssteller. Bei Gemeinschaftspraxen muss diese Zahl mit der Anzahl der Praxispartner multipliziert sein (in einer Dreier-Gemeinschaftspraxis erwarten wir also mindestens 60 chirurgische Eingriffe pro Quartal. Wenn dies nicht der Fall ist, muss der Antragssteller schriftlich erklären, wie viele der chirurgischen Eingriffe er selbst erbracht hat).

Bite beachten Sie: Sollte kein Nachweis der Module 4 (Kinder- u. Jugendmedizin) und 12 (Chirurgie) - weder in der eigenen Praxis noch durch die genannten Alternativen - vorliegen, ist die Erteilung einer 24-monatigen Befugnis nicht möglich.

ANLAGE 5

WEITERBILDUNGSPLAN

Unterschrift/Stempel
des/der Antragstellers/-stellerin