

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

Homöopathie

A. UMFANG DER BEFUGNIS

Beantragt wird eine Weiterbildungsbefugnis für

- die 6-monatige Weiterbildung in der Praxis (gemäß Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 21.02.2005 i.d.F. vom 22.08.2005)
- 100 Stunden Fallseminare ^{1 2}

B. ANGABEN ZUR PERSON:

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Praxisanschrift: _____ Tel.: _____

Kassenarztnummer: _____

Privatanschrift: _____

niedergelassen in Voll- Teilzeittätigkeit als:

_____ seit: _____

Facharztanerkennung:

_____ seit: _____

Homöopathie seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

_____ seit: _____

_____ seit: _____

_____ seit: _____

¹ Bei der Beantragung einer Befugnis für die Fallseminare bzw. Kurse müssen die Fragen, die sich auf die Praxis des Antragsstellers beziehen, nicht beantwortet werden.

² Die Fallseminare orientieren sich inhaltlich an dem Muster-Kursbuch.

Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für eine 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)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: _____

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:				

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.

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

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

- anonymisierte Privatliquidationen über homöopathische Fälle (jeweils 5 aus zwei Quartalen)
- eine Diagnosestatistik über homöopathische Behandlungen über 6 Monate (Anzahl der Patienten und die Diagnosen in Tabellenform)
- Dokumentation von 5 chronischen und 5 akuten Fälle

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. Homöopathische Fortbildungsnachweise der letzten 3 bzw. 5 Jahre ⁴

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

11. Teilnahme an Qualitätszirkeln:

Nein

Ja (welche:)

⁴ Drei Jahre für Antragsteller, die die Anerkennung der Zusatz-Weiterbildung Homöopathie gemäß WBO vom 01.04.1996 i.d.F. vom 07.05.2001 erhalten haben. Fünf Jahre für Antragsteller, die die Anerkennung gemäß WBO vom 21.02.2005 i.d.F. vom 22.08.2005 erhalten haben.

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

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