

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

**Öffentliches Gesundheitswesen**

---

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:

Öffentliches Gesundheitswesen 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 / 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  
 Gesundheitsamt

**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 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 Einrichtung**

Bitte auf **ANLAGE 5** 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

## **ANLAGE 4**

### **Beruflicher Werdegang bis zum Facharzt für Arbeitsmedizin**

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

**Weiterbildungsinhalt:**

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in  | Vermittlung möglich      |
| den Verfahren, Normen und Standards der öffentlichen Gesundheitssicherung und der Gesundheitsverwaltung  | <input type="checkbox"/> |
| Epidemiologie, Statistik, Gesundheitsindikatoren und Gesundheitsberichterstattung  | <input type="checkbox"/> |
| der medizinischen Beratung von Einrichtungen, Institutionen und öffentlichen Trägern bei der Gesundheitsplanung, Gesundheitssicherung und beim Gesundheitsschutz                                       | <input type="checkbox"/> |
| der Erstellung von amtlichen / amtsärztlichen Gutachten  | <input type="checkbox"/> |
| Umsetzung und Sicherstellung der bevölkerungsbezogenen rechtlichen und fachlichen Normen der Gesundheitssicherung und des Gesundheitsschutzes  | <input type="checkbox"/> |
| der Gewährleistung von Qualitätsmaßnahmen zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und Verbesserung des Gesundheitsschutzniveaus  | <input type="checkbox"/> |
| hygienischem Qualitätsmanagement in Institutionen und öffentlichen Einrichtungen   | <input type="checkbox"/> |
| der Priorisierung, Initiierung, Koordination und Evaluation von Strategien und Maßnahmen zur Krankheitsvorbeugung, Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung von Bevölkerungsgruppen                    | <input type="checkbox"/> |
| der Indikationsstellung, Initiierung, ggf. subsidiäre Sicherstellung von Gesundheitshilfen für Menschen und Bevölkerungsgruppen, deren ausreichende gesundheitliche Versorgung nicht gewährleistet ist | <input type="checkbox"/> |
| der Beratung, Vorbeugung, dem Monitoring, der Surveillance und Durchführung von Maßnahmen zur Reduktion übertragbarer Erkrankungen bei Einzelnen und in definierten Bevölkerungsgruppen                | <input type="checkbox"/> |
| der Risikoanalyse, -bewertung, -kommunikation und -management infektiöser Erkrankungen und umweltbedingter gesundheitlicher Belastungen und Schädigungen   | <input type="checkbox"/> |

**Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
|   | Richtzahl (sind nicht vorgegeben) |
| Analyse und gesundheitliche Bewertung gemeindebezogener Planungen   | <input type="checkbox"/>          |
| Bewertung der gesundheitlichen Versorgung und des Gesundheitszustandes bestimmter Bevölkerungsgruppen                 | <input type="checkbox"/>          |
| Methodik von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Präventionsprogrammen   | <input type="checkbox"/>          |
| bevölkerungsbezogenes gesundheitliches Monitoring und Surveillance übertragbarer und nicht übertragbarer Erkrankungen | <input type="checkbox"/>          |
| Analyse und Bewertung von Gesundheitsbeeinträchtigungen und -gefahren   | <input type="checkbox"/>          |
| hygienische Begehungen, Bewertungen und Gefährdungsanalysen   | <input type="checkbox"/>          |

Anlage 5

Hamburg, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift, Stempel  
 des/derAntragstellers/-stellerin