



Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis
im Gebiet

Pathologie

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: Pathologie / Neuropathologie
seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

_____ seit: _____

_____ seit: _____

_____ seit: _____

Niedergelassen als: Facharzt / Fachärztin für Pathologie / Neuropathologie
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: _____ 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

	Med. Fachangestellte	MTA / MTRA	Kranken- schwestern	Sonstige
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 VersorgungDurchschnittliche Fallzahl pro Jahr:

DER EINZELPRAXIS _____

DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS _____

davon entfallen auf den Antragsteller/stellerin _____

Untersuchungsmaterial	Anzahl
Histologien	
Schnellschnitte	
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	
Extragynäkologische Zytologie	

Untersuchungsmaterial aus den Gebieten	Anzahl
Chirurgie (Visceral- u. Thoraxchirurgie)	
Innere Medizin	
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/MKG	
Urologie	

6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis

Bitte fügen Sie eine aktuelle **Einzelleistungs-Statistik** der **Honorarabrechnung** der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg 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. **KOOPERATION MIT ANDEREN EINRICHTUNGEN:**
(z.B. Krankenhaus-Hauptabteilung, Belegklinik, Tagesklinik)

- Nein
 Ja

Name des Krankenhauses

Hamburg, _____

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 1**Apparative Ausstattung der Praxis**

Methoden / Untersuchungsverfahren	Gerätetyp

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 2

Angaben zu den Labormethoden der Praxis

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