

**KLINIK/
PRAXIS**

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

Rehabilitationswesen

A. UMFANG DER BEFUGNIS

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

B. ALLGEMEINES

Name und Anschrift der Weiterbildungsstätte (Sozialleistungsträger, Reha-
Einrichtung):

Name und Anschrift des Antragstellers

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Ort: _____ Straße: _____

Telefon: _____

C. DIENSTSTELLUNG DES ANTRAGSTELLERS

Dienststellung: _____ seit _____

Dienstbezeichnung _____ seit _____

Facharztanerkennung

für _____ seit _____

für _____ seit _____

Genehmigung zum Führen der Zusatzbezeichnung:

Rehabilitationswesen seit _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

_____ seit _____

_____ seit _____

D. **ANGABEN ZUM TÄTIGKEITSBEREICH / ART DER REHABILITATIONSMEDIZINISCHEN TÄTIGKEIT (BITTE DETAILLIERT UNTER BESONDERER BEACHTUNG DER DURCHFÜHRTEN REHABILITATIONSMEDIZINISCHEN MAßNAHMEN BESCHREIBEN - GGF. ANLAGE)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

D. 1 **STRUKTURIERTER WEITERBILDUNGSPLAN**

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

D. 2 **Wie wird die Weiterbildung – unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 2 - dokumentiert ?**

- in Form des Logbuches
- in Form eines eigenen Dokumentationssystems

E. **ART DER BETREUTEN INSTITUTIONEN (GGF. ANLAGE)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zuständige Sozialleistungsträger / Rehabilitationsträger

.....

.....

.....

.....

Nur für Vertragshäuser:

Welcher Rehabilitationsträger ist für Ihre Institution federführend ?

.....
.....
.....
.....

Anzahl der von Sozialleistungsträgern belegten Betten:

Nur für Reha-Einrichtungen:

Betten / Behandlungsplätze:

Anzahl der Patienten/Rehabilitanten pro Jahr

Formaler Status: Sanatorium * / Kurklinik * / Fach- bzw. Schwerpunktklinik *

Sonstige:

F. PERSONELLE BESETZUNG DER WEITERBILDUNGSSTÄTTE

1. Zahl der Ärzte

Nachgeordnete Ärzte (Soll / Ist):/.....

mit Facharztbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin/.....

mit Facharztbezeichnung (welche):/.....

mit Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen/.....

Sonstige:/.....

1. Angehörige anderer Gesundheitsberufe:

Krankenschwestern / Pfleger _____	Schwesternhelfer/-innen _____
Physiotherapeuten / Krankengymnasten _____	Praktikanten _____
Masseure _____	Praktikanten _____
Ergotherapeuten _____	Logopäden _____
Musiktherapeuten _____	
Klin. Psychologen _____	Neuropsychologen _____
Weiteres med. Assistenzpersonal:	

**G. AUSSTATTUNG DER WEITERBILDUNGSSTÄTTE
(HINSICHTLICH REHABILITATIONSWESEN)**

Rehabilitationsmedizinische Dokumentation und Statistik	ja / nein
Medizinisch-Klinisches Labor	ja / nein
Röntgeneinrichtung	ja / nein
Lungen- und Kreislauffunktionslabor	ja / nein
andere Funktionslabors (z.B. Audiometrie, Sehprüfung, Gangschule)	ja / nein
wenn ja, welche	

.....

.....

.....

H. ART UND UMFANG DER REHABILITATIONSMEDIZINISCHEN TÄTIGKEIT

1. Bei Tätigkeit in der medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitation
1.1 Hauptindikation / Therapieformen

2. Fortbildung / Qualitätssicherung

Werden Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt ? ja / nein

Wenn ja
- interne:

.....

.....

- externe:

.....

.....

Welche Qualitätssicherungsmaßnahmen werden durchgeführt ?

.....

.....

3. Zeitlicher Anteil der Gutachtertätigkeit

a. Anzahl der an der Dienststelle insgesamt erstellten Gutachten pro Jahr.....
(einschließlich genehmigter Nebentätigkeit), davon (in %)

aufgrund körperlicher Untersuchung%

nach Aktenlage%

b. geschätzter Anteil von (in %)

Formulargutachten%

freien Gutachten%

c. Für welchen Sozialleistungsträger werden Sie tätig ?

Gesetzliche Krankenversicherung (%) / Gesetzliche Rentenversicherung (%)

Versorgungsverwaltung (%) / Arbeitsverwaltung (%) / Sozialgerichtsbarkeit (%)

Berufsgenossenschaften (%) / Verwaltungsgerichte (%) / sonstige (%)

I. ANGABEN ZUR PRAXISTÄTIGKEIT**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

¹ Bei der Tätigkeit in einem MVZ 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.

2. Räumliche Ausstattung

Größe der Praxis in m²: _____

Gesamtzahl der Räume: _____

davon: _____

Behandlungsräume

Funktionsräume

sonstige Räume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten

Ja / Nein

4. Personelle Ausstattung

(Bitte Anzahl angeben)

a) Ärztinnen / Ärzte

davon Fachärzte

davon
Vollzeit / Teilzeit

davon

Vollzeit / Teilzeit

_____/_____

_____/_____

b) Medizinisches Assistenzpersonal

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

Hamburg, den: _____

(Unterschrift / Stempel des/der Antragstellers/-stellerin)

ANLAGE 2

Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten des/der Antragstellers/-stellerin

1.

2.

3.

4.

5.

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 3

Möglichkeiten zur Fachinformation

1) Angaben zur Handbibliothek:

Fachzeitschriften-Abonnements für die Sportmedizin und zwar

Fachbücher für die Sportmedizin 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