

**PRAXIS**

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

## **Spezielle Schmerztherapie**

---

**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:

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

Spezielle Schmerztherapie seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

niedergelassen in  Voll-  Teilzeittätigkeit als:

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Sind / 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)<sup>1</sup>

Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_

ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung  
z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft

**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 Praxis:**

Bitte genaue Angaben zur apparativen Ausstattung als **ANLAGE 1** beifügen !

**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)
<b>Vollzeit:</b>				
<b>Teilzeit:</b>				

<sup>1</sup> 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 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<sup>2</sup>**

Bitte fügen Sie eine aktuelle **Einzeleleistungs-Statistik** der **Honorarabrechnung** der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bei !

**7. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin**

Bitte auf **ANLAGE 2a** sowie Angaben zu den schmerztherapeutischen Verfahren die in Ihrer Praxis eingesetzt werden auf **ANLAGE 2b** 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:)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Nachweis einer regelmäßigen und überwiegenden Tätigkeit im Bereich der „Speziellen Schmerztherapie“ im Sinne des § 5 Abs. 2 WBO.

Die schmerztherapeutische Einrichtung soll mindestens 100 Patienten pro Jahr neu in die Behandlung aufnehmen. Die Gesamtpatientenzahl soll 300 pro Jahr betragen, wobei auch die Konsiliarbehandlungsfälle, die den Kriterien der speziellen Schmerztherapie entsprechen, berücksichtigt werden (vergl. § 1 Abs. 2 Nr. 2 der Befugnis-kriterien).

---

**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 (siehe Anhang zum Erhebungsbogen) – 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 BERUFSGENOSSENSCHAFT:**

- Nein**  
 **Ja**

Hamburg, den: \_\_\_\_\_

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



## **ANLAGE 2 a**

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

**ANLAGE 2 b****Detaillierte Angaben zu den schmerztherapeutischen  
Verfahren, die in der Praxis eingesetzt werden****HINWEIS:**

Anzugeben ist der Einsatz von 6 aus 9 schmerztherapeutischen Verfahren gemäß den Bestimmungen der Weiterbildungsordnung. Für die restlichen 3 Verfahren muss die/der zur Weiterbildung berechnigte Ärztin/Arzt in Kooperation mit anderen Einrichtungen die Vermittlung der Kenntnisse und Erfahrungen gewährleisten (vergl. § 1 Nr. 3 VII der Befugnisurriterien)

## 1. Entzugsbehandlungen bei Medikamentenabhängigkeit

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

## 2. Spezifische Pharmakotherapie

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

## 3. Spezifische psychosomatische und übende Verfahren

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

## 4. Diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

## 5. Stimulationstechniken, z.B. TENS

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

## 6. Spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie

 NEIN JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

7. Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z.B. Neurologie, zentrale Stimulation)

NEIN

JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

8. Plexus- und rückenmarksnahe Analgesien

NEIN

JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

9. Sympathikusblockaden

NEIN

JA (welche / in welcher Häufigkeit pro Jahr):

---

---

---

**Bitte angeben:**

Es besteht eine Kooperation mit folgender/-den Einrichtung(en):

---

---

---

---

---

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

## ANLAGE 3

### Möglichkeiten zur Fachinformation

1) Angaben zur Handbibliothek:

Fachzeitschriften der Zusatz-Weiterbildung, und zwar

---

---

---

---

---

---

---

Fachbücher der Zusatz-Weiterbildung, 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