

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

**Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

---

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:

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

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

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

niedergelassen 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

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

davon

Vollzeit / Teilzeit

Vollzeit / Teilzeit

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

b) Medizinisches Assistenzpersonal

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

<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**

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 (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 BERUFGENOSSENSCHAFT:

Nein

Ja

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

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

## ANLAGE 1

### Apparative Ausstattung der Praxis

Gerät (Obligat)	Art	Baujahr	Hersteller
Ultraschall			
CTG			
Kolposkop			
Mikroskop / Labor			
Gerät (fakultativ)	Art	Baujahr	Hersteller
Endoskop			
Zytoskop			

---

Unterschrift/Stempel

## ANLAGE 2

### Nachweis zu den Weiterbildungsinhalten sowie zu den Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Weiterbildungsinhalte	wird vermittelt	wird <u>nicht</u> vermittelt
<b>Obligat</b>		
Gesundheitsberatung einschließlich Stillberatung und Grundlagen der Ernährungsmedizin, Früherkennung und Vorbeugung einschließlich Impfungen		
konservative und operative Behandlung der weiblichen Geschlechtsorgane einschließlich der Brust, der Erkennung und Behandlung von Komplikationen und der Rehabilitation		
(Früh-)Erkennung sowie Grundlagen der gebietsbezogenen Tumortherapie einschließlich der Indikationsstellung zur gynäkologischen Strahlenbehandlung und der Nachsorge von gynäkologischen Tumorerkrankungen		
Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten		
Feststellung einer Schwangerschaft, Mutterschaftsvorsorge, Erkennung und Behandlung von Schwangerschaftserkrankungen, Risikoschwangerschaften und Wochenbettbetreuung. Mindestzahl von Schwangeren pro Quartal: 50 Patientinnen		
Diagnostik und Therapie der Harn- und postpartalen Analinkontinenz einschließlich des Beckenbodentrainings		
Indikationsstellung zu plastisch-operativen und rekonstruktiven Eingriffen im Genitalbereich und der Brust		
Erkennung und Behandlung des prämenstruellen Syndroms		
hormonelle Regulation des weiblichen Zyklus und der ovariellen Fehlfunktionen einschließlich der Erkennung und Basistherapie der weiblichen Sterilität		
Familienplanung sowie hormonelle, chemische, mechanische und operative Kontrazeption		
Beratung bei Schwangerschaftskonflikten sowie Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung der gesundheitlichen einschließlich psychischen Risiken		
Prävention der Osteoporose		
Sexualberatung der Frau und des Paares		
psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen, psychosozialen und psychosexuellen Störungen unter Berücksichtigung der gesellschaftsspezifischen Stellung der Frau und ihrer Partnerschaft		
Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen einschließlich den Grundlagen zytodiagnostischer Verfahren sowie Einordnung der Ergebnisse in das jeweilige Krankheitsbild		
Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschließlich Gerinnungsstörungen sowie lebensrettender Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung		
<b>Die Allgemeinen Bestimmungen für die Abschnitte B und C der WBO sehen ferner u.a. folgende Allgemeine Inhalte der Weiterbildung vor:</b>		
der ärztlichen Begutachtung		
den Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements		
psychosomatischen Grundlagen		
der Aufklärung und der Befunddokumentation		
<b>Fakultativ:</b>		
Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung		
gebietsbezogene Arzneimitteltherapie		

<b>Nr.</b>	<b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>	<b>Richtzahl</b>	<b>Leistungszahl d. Praxis</b>
<b>1</b>	ante- und intrapartale Cardiotokogramme	50	
<b>7</b>	Kolposkopien	300	
<b>8</b>	Entnahme / Anfertigung von zytologischen Abstrichpräparaten	100	
<b>9</b>	Ultraschalluntersuchungen einschließlich Endosonographie und Dopplersonographie der weiblichen Urogenitalorgane und der Brust sowie der utero-plazentofetalen Einheit auch im Rahmen der Fehlbildungsdiagnostik	200	

---

Unterschrift/Stempel

## **ANLAGE 3**

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

**ANLAGE 4****Möglichkeiten zur Fachinformation**1) Angaben zur Handbibliothek:

Fachzeitschriften des Gebietes, und zwar

---

---

---

---

---

---

---

Fachbücher des Gebietes, und zwar

---

---

---

---

---

---

---

2) Zugang zu Datennetzen: Ja  Nein

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

## **ANLAGE 5**

### **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