

## Antrag auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis im stationären Bereich

Antragsteller		
(alle zu befugenden Ärztinnen und Ärzte der Weiterbildungsstätte)		
Nachname	Vorname	Beschäftigungsumfang
1.		<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (.....%)
2.		<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (.....%)
3.		<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (.....%)
Ständige Vertreter mit entsprechender Qualifikation		
(stehen bei Abwesenheit des Antragstellers/der Antragsteller ganztätig zur Verfügung)		
Nachname	Vorname	Beschäftigungsumfang
1.		<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (.....%)
2.		<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (.....%)
3.		<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (.....%)
Weiterbildungsbefugnis		
Facharztbezeichnung/Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung		
(Ich/Wir beantrage/n die Weiterbildungsbefugnis für folgende Qualifikationen)		
1.		
2.		
3.		
Weiterbildungsstätte		
Klinik / Abteilung / Funktionsbereich		
Adresse		
Telefon / Telefax / E-Mail		
Stationen der Klinik / Abteilung		Bettenzahl
(differenziert und mit Bettenzahl aufzuführen; z. B. Allgemeine ... , Frauen-, Männer-, gemischte ... oder z. B. Kardiologische ... , Gastroenterologische ... , Intensivtherapie-Stationen u.a.m. )		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

<b>Funktionsbereiche</b> (z.B. Endoskopie, Labor)	<b>Zentral oder klinikgebunden?</b>	<b>Leitung (Person + Fachabteilung)</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
<b>Sonstige Bereiche</b>		
1. Bibliothek	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2. Pathologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Infektionsabteilung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4. Röntgenabteilung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Ergänzende Angaben zu räumlichen und medizinisch-technischen Einrichtungen</b>		
<b>Ärztliches Personal (Stellenplan/ Stellenschlüssel)</b>		<b>Anzahl</b>
1. CA / CÄ / Leitender Arzt / Leitende Ärztin		
2. Oberärzte/in		
3. Fachärzte/in		
4. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW)		
<b>Weiterbildung</b>		
1. Durchführung von Konsiliartätigkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2. Durchführung von regelmäßigen theoretischen Weiterbildungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Freistellung der Weiterzubildenden zur Teilnahme an Fortbildungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4. Weiterbildungscurriculum (Rotationsplan) vorhanden, dieses (dieser) wird bei Antritt der Arbeitsstelle den ÄiW ausgehändigt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Kurze Beschreibung der Krankheitsarten</b>		

Unterschriften der Antragssteller:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Stempel des Antragstellers / der Antragsteller

---

Unterschrift und Stempel des Antragstellers / der Antragsteller

---

Unterschrift und Stempel des Antragstellers / der Antragsteller

---

Unterschrift und Stempel des Antragstellers / der Antragsteller