

**PRAXIS**

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

**Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt**  
**Rheumatologie**

**- bezogen auf den speziellen Abschnitt der Weiterbildung -**

---

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: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

Innere Medizin seit: \_\_\_\_\_

„Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie“ seit: \_\_\_\_\_

weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung  
Schwerpunkt Rheumatologie seit: \_\_\_\_\_

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

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

niedergelassen in  Voll-  Teilzeittätigkeit 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 Vollzeit / Teilzeit davon 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 vermerken Sie auf **ANLAGE 2** den Leistungsumfang Ihrer Praxis und fügen eine aktuelle Einzelleistungs-Statistik der Honorarabrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bei.

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

Bitte auf **ANLAGE 3** vermerken.

**8. Möglichkeiten zur Fachinformation**

Bitte auf **ANLAGE 4** 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 5** 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. 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 2****Leistungsspektrum der Praxis**

<b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>	<b>Leistungs- zahl pro Jahr</b>	<b>Richtzahl gemäß WBO</b>
Sonographien des Bewegungsapparates einschl. Arthrosonographien		300
Lokale und intraartikuläre Punktionen und Injektionsbehandlungen		100
Synovia-Analyse		BK
rheumatologisch-immunologische Labordiagnostik, einschl. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoantikörper bei rheumatischen Erkrankungen, z.B. indirekte Immunfluoreszenztechnik, ELISA, Immonoblot</li> <li>- Antikörper/Erregerbestandteile bei Verdacht auf post- oder parainfektiöser rheumatischer Erkrankung, z.B. erregerserologische Tests</li> <li>- immungenetische Tests, z.B. HLA-B 27-Bestimmung</li> </ul>		50
Kapillarmikroskopie		50
Osteodensitometrie		50
den physikalischen, krankengymnastischen und ergotherapeutischen Behandlungsprinzipien		BK

Ist in Ihrer Praxis ein rheumatologisch-immunologisches Labor vorhanden?

JA

NEIN

---

Unterschrift/Stempel  
des/der Antragstellers/-stellerin

## **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 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 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