

PRAXIS

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

**Neuropädiatrie**

---

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 Kinder- und Jugendmedizin:  
seit: \_\_\_\_\_

Weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

Neuropädiatrie seit: \_\_\_\_\_

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

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

niedergelassen in  Voll-  Teilzeittätigkeit als:

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin 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:				

<sup>1</sup> 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.

Teilzeit:

**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 **Einzeleleistungs-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 - 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****ANGABEN ZU DEN BEHANDLUNGSTÄTIGKEITEN / LEISTUNGSSPEKTRUM:**

Anzahl der von Ihnen durchgeführten Elektroenzephalogramme: \_\_\_\_\_

<b>BEHANDLUNGSTÄTIGKEIT</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Therapien zerebraler Anfälle		
Therapien neuromuskulärer Erkrankungen		
Therapien vaskulärer Erkrankungen		
Therapien von Zerebralpareesen		
Erstellung von Rehabilitationsplänen		
Erstellung von Förderplänen unter Berücksichtigung von neuropsychologischen Verfahren		

---

Unterschrift/Stempel  
des/der Antragstellers/-stellerin

**ANLAGE 3****Möglichkeiten zur Fachinformation**

Ihre Angaben beziehen sich auf

Online-Medien  vor Ort einsehbare Medien

1) Fach- / Handbücher

Allgemeines Lehrbuch,  
z.B.: Professor Aksu „Neuropädiatrie“

Ja  Nein

---

---

---

2) Neuropädiatrische Fachzeitschriften

---

---

---

---

---

---

3) Zugang zu Datennetzen:

Ja  Nein

---

Unterschrift/Stempel  
des/der Antragstellers/-stellerin

2) Neuropädiatrische Fachzeitschriften

---

---

---

---

---

---

---

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