



PRAXIS

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

Palliativmedizin

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang von

12 Monaten 6 Monaten **(bitte ankreuzen)**

B. **ANGABEN ZUR PERSON:**

Name: _____ Vorname: _____ geb.am: _____

Praxisanschrift: _____ Tel.: _____

Kassenarztnummer: _____

Privatanschrift: _____

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

_____ seit: _____

Palliativmedizin seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung

_____ 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 _____

Praxismgemeinschaft

Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____

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

2. Räumliche Ausstattung

Größe der Praxis in m²: _____

Gesamtzahl der Räume: _____

davon: _____

Behandlungsräume

Funktionsräume

sonstige Räume

Arbeitszimmer für WB-Assistenten

Ja / Nein

3. Personelle Ausstattung (Bitte Anzahl angeben)

a) Ärztinnen / Ärzte

davon Fachärzte

davon _____

davon _____

Vollzeit / Teilzeit

Vollzeit / Teilzeit

_____/_____
_____/_____

_____/_____
_____/_____

b) Multiprofessionelles Team / Kooperation mit:

	Art der Zusammenarbeit	Name
Sozialarbeiter		
Pflegende		
Musiktherapeuten		
Ergotherapeuten		
Physiotherapeuten		
Psychotherapeuten		
Geistliche		
Sonstige		

4. Umfang der Patientenversorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal:

DER EINZELPRAXIS

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

davon Anzahl der palliativmedizinisch zu versorgenden Patienten

DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

davon entf. a. d. Antragsteller/ stellerin

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

davon Anzahl der palliativmedizinisch zu versorgenden Patienten

5. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis

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

6. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin

Bitte auf **ANLAGE 1** vermerken.

7. Möglichkeiten zur Fachinformation

Bitte auf **ANLAGE 2** vermerken.

D. **PERSÖNLICHE UND FACHLICHE EIGNUNG:**

8. Lehrtätigkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten 5 Jahren

Ja *

Nein

* Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

9. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre

Bitte **Punktekontoauszug der Fortbildungsakademie** als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

10. Teilnahme an Qualitätszirkeln:

- Nein
 Ja (welche:)

11. Beruflicher Werdegang

Bitte als **ANLAGE 3** beifügen.

12. Strukturierter Weiterbildungsplan

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

13. Wie wird die Weiterbildung – unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 2 – dokumentiert ?

- in Form des Logbuches
 in Form eines eigenen Dokumentationssystems

E. HOSPIZTÄTIGKEIT / KONSILIARTÄTIGKEIT / HEIMARZTTÄTIGKEIT:

- Nein
 Ja

Name des/der Hospize(s) und/oder des/der Heime(s):

_____ Bettenzahl
_____ Behandlungsfälle pro Jahr
_____ Zeitlicher Umfang der konsiliarärztlichen Tätigkeit
(Bitte Prozentsatz der Gesamtarbeitszeit angeben)

F. ANZAHL DER PALLIATIVMEDZINISCHEN HAUSBESUCHE:

_____ Hausbesuche pro Jahr

Hamburg, den: _____

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 1

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

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 2

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 3

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