

**PRAXIS**

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

**Pathologie**

---

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: Pathologie / Neuropathologie  
seit: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

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

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

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

niedergelassen in  Voll-  Teilzeittätigkeit als:

Facharzt / Fachärztin für Pathologie / Neuropathologie 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: \_\_\_\_\_ 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

	Med. Fachangestellte	MTA / MTRA	Kranken- schwestern	Sonstige
<b>Vollzeit:</b>				
<b>Teilzeit:</b>				

<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 Versorgung**Durchschnittliche Fallzahl pro Jahr:

DER EINZELPRAXIS \_\_\_\_\_

DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS \_\_\_\_\_

davon entfallen auf den Antragsteller/stellerin \_\_\_\_\_

Untersuchungsmaterial	Anzahl
Histologien	
Schnellschnitte	
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	
Extragynäkologische Zytologie	

Untersuchungsmaterial aus den Gebieten	Anzahl
Chirurgie (Visceral- u. Thoraxchirurgie)	
Innere Medizin	
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/MKG	
Urologie	

**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 - dokumentiert ?**

- in Form des Logbuches  
 in Form eines eigenen Dokumentationssystems

E. **KOOPERATION MIT ANDEREN EINRICHTUNGEN:**  
(z.B. Krankenhaus-Hauptabteilung, Belegklinik, Tagesklinik)

- Nein  
 Ja

**Name des Krankenhauses**

---

Hamburg, \_\_\_\_\_

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

**ANLAGE 1****Apparative Ausstattung der Praxis**

Methoden / Untersuchungsverfahren	Gerätetyp

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

## **ANLAGE 2**

### **Angaben zu den Labormethoden der Praxis**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

**ANLAGE 3****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 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