

P R A X I S

Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis für

Phlebologie

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Berechtigung 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:

_____ seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

_____ seit: _____

_____ 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 _____
- Praxisgemeinschaft
Anzahl der Partner und Nennung der Namen _____
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)¹
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

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
Vollzeit:				
Teilzeit:				

¹ 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.

5. Umfang der Patientenversorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal:

Der Einzelpraxis:

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

Der Gemeinschaftspraxis:

davon entfallen a.d. Antragsteller/in

Kassenpatienten: _____

Kassenpatienten: _____

Privatpatienten: _____

Privatpatienten: _____

6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis

Bitte fügen Sie eine aktuelle **Einzelleistungsstatistik** 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

Nein

Ja *

* Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen

10. Fortbildungsnachweise 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. Strukturierten Weiterbildungsplan

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen

14. Wie wird die Weiterbildung dokumentiert?

- in form eines 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)

ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFGENOSSENSCHAFT:

Nein

Ja

Hamburg, den: _____

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 1

Apparative Ausstattung der Praxis

Methoden / Untersuchungsverfahren	NEIN	JA	Gerätetyp
Unidirektionales-Doppler-Sonographie-Gerät			
Bidirektionales-Doppler-Sonographie-Gerät mit Schreibereinrichtung			
Sonographie-Gerät			
Duplexsonographie-Gerät			
Photoplethysmographie-Gerät / Licht-Reflexions-Rheographie-Gerät			
Venenverschlußplethysmographie-Gerät			
Phlebodynamometrie-Gerät			
Sonstiges (z.B. Apparative intermittierende Kompression in Kombination mit manueller Lymphdrainage)			

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 2

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

1. Art der durchgeführten Operationen

2. Vorliegen einer KV-Ermächtigung zur Ausführung von Leistungen in der Doppler-Sonographie der peripheren Arterien und Venen

3. Angabe der konservativen Methoden

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