

Erhebungsbogen zum Antrag
auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis für
Sportmedizin

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.: _____

Privatanschrift: _____

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

_____ seit: _____

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

Sportmedizin 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 AusstattungGröße der Praxis in m²: _____

Gesamtzahl der Räume: _____

davon:

Behandlungsräume

Funktionsräume

sonstige Räume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten

 Ja / Nein**3. Apparative Ausstattung der Praxis / Sportmedizinischen Einrichtung:**Bitte genaue Angaben zur apparativen Ausstattung als **ANLAGE 1** beifügen !**4. Personelle Ausstattung****(Bitte Anzahl angeben)**a) Ärztinnen / Ärztedavon Fachärzte

davon

davon

Vollzeit / TeilzeitVollzeit / Teilzeit

_____/_____

_____/_____

b) Medizinisches Assistenzpersonal

	Medizinische Fachangestellte	MTA / MTRA	Kranken- schwestern	Sonstige (bitte nennen)
Vollzeit:				
Teilzeit:				

¹ 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 PatientenversorgungDurchschnittliche 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 **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. BELEGARZTTÄTIGKEIT / KONSILIARTÄTIGKEIT

- Nein
 Ja

Name des Krankenhauses:

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

TÄTIGKEIT IM SPORTVEREIN

Betreuen Sie einen Sportverein?

- Nein
 Ja

Name des Vereins:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Zeitlicher Umfang der Betreuungsstunden pro Jahr: _____

ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFGENOSSENSCHAFT:

- Nein
 Ja

Hamburg, den: _____

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 2

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

1.

2.

3.

4.

5.

Unterschrift/Stempel
des/derAntragstellers/-stellerin

ANLAGE 3**Möglichkeiten zur Fachinformation**1) Angaben zur Handbibliothek:

Fachzeitschriften-Abonnements für die Sportmedizin und zwar

Fachbücher für die Sportmedizin 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