



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

**Urologie**

---

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang von \_\_\_\_\_  
(Angabe in Monaten)

B. **PERSÖNLICHE ANGABEN:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Kassenarztnummer: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

niedergelassen in  Voll-  Teilzeittätigkeit als:

Facharzt/Fachärztin für Urologie seit: \_\_\_\_\_

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für

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

ggf. weitere Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

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

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

\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Praxismgemeinschaft

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 fachspezifischen, räumlichen und 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

|           | Med. Fach-<br>angestellte | MTA / MTRA | Kranken-<br>schwestern | Sonstige<br>(bitte nennen) |
|-----------|---------------------------|------------|------------------------|----------------------------|
| Vollzeit: |                           |            |                        |                            |
| Teilzeit: |                           |            |                        |                            |

<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.

## 5. Umfang der Patientenversorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal:

DER EINZELPRAXIS

Kassenpatienten: \_\_\_\_\_

Privatpatienten: \_\_\_\_\_

DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

davon entf. a.d.Antragsteller/In

Kassenpatienten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Privatpatienten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6. Angaben zum Leistungsspektrum

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

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 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)

### F. ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFSGENOSSENSCHAFT:

- Nein
- Ja

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel  
des/der Antragstellers/-stellerin

**ANLAGE 1 + 2****ANLAGE 1****FACHSPEZIFISCHE AUSSTATTUNG DER PRAXIS:**

| Methoden / Untersuchungsverfahren | Gerätetyp |
|-----------------------------------|-----------|
| Labor:                            |           |
| Röntgen:                          |           |
| Sonographie:                      |           |
| EKG / Ergometrie:                 |           |
| Endoskopie:                       |           |
| Zytologie:                        |           |
| Physikalische Therapie:           |           |
| EEG:                              |           |
|                                   |           |
|                                   |           |
|                                   |           |
|                                   |           |
|                                   |           |
|                                   |           |

**ANLAGE 2****FACHLICHE SCHWERPUNKTE:**

| Behandlungs- und Untersuchungsmethoden | Anzahl |
|--|--------|
| urodynamische Untersuchungen:          |        |
| Sonographien:                          |        |
| bakteriologische Untersuchungen:       |        |
| onkologische Patientenbetreuung:       |        |

---

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