

Antrag auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis

Hiermit beantrage ich die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis für folgendes Fachgebiet / Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung:

Die Befugnis wird für die Weiterbildungszeit von insgesamt _____ Monaten beantragt.

Bisher wurden von der Ärztekammer des Saarlandes, mit Bescheid vom _____, die Befugnis zur Weiterbildung für _____ Monate erteilt.

1. Angaben zum Antragsteller

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Dienststellung Chefarzt seit _____

 Oberarzt/Ltd. Arzt* seit _____

 Praxisinhaber seit _____

 Arbeitszeit: Vollzeit
 Teilzeit, Angabe in % _____
 und Wochenstunden _____

Qualifikation: Facharzt _____ seit _____

 Schwerpunkt _____ seit _____

 Fakultative Weiterbildung _____ seit _____

 Zusatz-Weiterbildung _____ seit _____

 Sonstiges _____

Als angestellte/r Ärztin/Arzt bestätige ich, dass ich in Weiterbildungsangelegenheiten weisungsungebunden bin.

2. Beruflicher Werdegang

Bitte als Anlage beifügen

* bitte Befürwortung des Chefarztes zur Weiterbildungsbefugnis beifügen

3. Weiterbildungsstätte

Anschrift
des Unternehmens

Abteilung

Telefon

4. Struktur der Weiterbildungsstätte

Angaben zum Tätigkeitsbereich

Ort der arbeitsmedizinischen Tätigkeit

Anzahl und Art der zu betreuenden Betriebe (ggf. Anlage)

Zuständige Berufsgenossenschaft(en)

Anzahl der zu betreuenden Beschäftigten _____

Aufgliederung (weiblich/männlich, Auszubildende) einschließlich der jeweiligen Gefahrenklasse (z. B. Büro, Maschinenbau, etc. - Anlage 2)

Zu welchen Branchen-Gruppen gehören die von der Einrichtung betreuten Betriebe

Metall Bergbau Dienstleistung Gesundheitswesen

Handel Chemie Landwirtschaft

Sonstige _____

Personelle Besetzung der Weiterbildungsstätte

Zahl der Ärzte

mit Facharztbezeichnung _____

mit Zusatzbezeichnung _____

Weiterbildungsassistenten _____

Medizinisches Assistenzpersonal- und technisches Personal

Krankenschwestern/-pfleger _____

Med. Fachangestellte(Arzhelferinnen/-helfer) _____

MTA _____

Fachkräfte für Arbeitssicherheit _____

Arbeitsmedizinisches Assistenzpersonal/
sonstiges Personal _____**Räumliche Ausstattung** ggf. Liste ergänzen

Untersuchungsräume (Ärzte) _____

Untersuchungsräume (Funktionsdiagnostik) _____

Warteräume _____

Schulungsräume _____

Sonstige Räume _____

Apparative Ausstattungz.B. Ergometrie, EKG, Lungenfunktion, Labor, Sehtestgeräte, Audiometrie, Röntgen
- bitte als Anlage beifügen**Arbeitsmedizinische Tätigkeitsmerkmale**Welche Untersuchungen nach welchen gesetzlichen Vorschriften sollen durchgeführt werden?
- AnlageWelche Ermächtigungen zu speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach
staatlichen Vorschriften liegen vor?

StrlSchV (Strahlenschutzverordnung)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
RöV (Röntgenverordnung)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
DruckluftV (Druckluftverordnung)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
BergV (Bergverordnung)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Sonstige:				

Gutachten

Frei begründete Gutachten	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
BG	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
BfA / LVA	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Ausführlich begründete arbeitsmedizinische Gutachten bzw. Stellungnahmen, davon

zur Frage des Vorliegens einer Berufskrankheit	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
zur Beurteilung von Berufs- und Erwerbsfähigkeit	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
zu Maßnahmen nach § 3 Berufskrankheitenverordnung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
zu Fragen eines Arbeitsplatzwechsels	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
zur Eingliederung Behinderter in den Betrieb	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
zur Neuerrichtung von Arbeitsplätzen/Umstrukturierung von Arbeitsplätzen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
zur Wiedereingliederung von Erkrankten	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Sonstige:

Regelmäßige Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Teilnahme an Betriebsbegehungen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Bibliothek	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der angegebenen Daten.

Ort, Datum

Unterschrift / Arztstempel

Anlagen (bitte entsprechend beifügen)

- Anlage 1: Die im Rahmen der Weiterbildung vermittelten „**Allgemeine Inhalte der Weiterbildung**“
(Nur bei Anträgen zur Weiterbildungsbefugnis für Facharzt- bzw. Schwerpunktweiterbildung)
- Anlage 2: Die im Rahmen der Weiterbildung vermittelten „**Gebietsspezifischen Inhalte**“
- Anlage 3: **Das gegliederte Programm für die Weiterbildung**
- Anlage 4: Beruflicher Werdegang
- Ggf. Rotationsplan
- Ggf. Praxisgrundriss
- Ggf. Befürwortung des Chefarztes / Leiters / Praxisinhabers

Hinweise:

- Gemeinsame Weiterbildungsermächtigung:
Wird die Befugnis mit mehreren Kolleginnen/Kollegen gemeinsam beantragt, ist ein eigener Antrag dieser Kolleginnen/Kollegen erforderlich.
Die inhaltliche und zeitliche Ausgestaltung der gemeinsamen Weiterbildung ist in einem Weiterbildungsplan (Rotationsplan) darzustellen.
- Rotationen in der Weiterbildung:
Sollten im Rahmen der Weiterbildung unter Ihrer Anleitung, Rotationen in andere Abteilungen / Bereiche zur Absolvierung gem. WBO vorgeschriebener Weiterbildungsabschnitte vorgesehen sein, sind diese ebenfalls im Weiterbildungsplan (Rotationsplan) darzustellen und durch die entsprechenden Kollegen, unter deren Anleitung die Weiterbildung in Rotation erfolgt, durch Unterschrift zu bestätigen.
- Weiterbildungsprogramm:
Das Weiterbildungsprogramm ist die individuelle zeitliche und inhaltliche Gestaltung der Weiterbildung an einer Weiterbildungsstätte.
In welchen Weiterbildungsabschnitten werden welche Weiterbildungsinhalte unter Ihrer Leitung dem Arzt in Weiterbildung vermittelt?
Das gegliederte Programm der Weiterbildung ist jedem Arzt in Weiterbildung zu Beginn der Weiterbildung auszuhändigen.
Zur Erstellung des Weiterbildungsprogramms s. auch „Richtlinie zur Erstellung eines Weiterbildungsprogramms“