



Angaben zur Person

Akad. Grad _____

--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer, wenn bekannt

Vorname _____

Name _____

1. Weiterbildungsbefugnis

Hiermit beantrage ich die Befugnis gem. § 5 der WO vom 09.04.2005 zur

Basisweiterbildung: _____ für ____ Monaten

Facharztkompetenz: _____ für ____ Monaten

Schwerpunktkompetenz: _____ für ____ Monaten

Zusatz-Weiterbildung: _____ für ____ Monaten

Verbundweiterbildung

Verbundweiterbildung - bitte auswählen (mehrfache Befugnisse sind möglich)

Die Befugnis in der

☐ Basisweiterbildung☐ Facharztkompetenz☐ Schwerpunktkompetenz☐ Zusatz-Weiterbildung

wird gemeinsam beantragt mit: (eigener Antrag dieser Personen ist erforderlich)

Name _____ Unterschrift _____

Name _____ Unterschrift _____

Name _____ Unterschrift _____

2. Angaben zur Tätigkeit

Standort der Weiterbildungsstätte

Die Weiterbildung ist grundsätzlich an nur einer Weiterbildungsstätte zu vermitteln (§ 5 Abs. 3 WO).
Bitte geben Sie an, an welcher Weiterbildungsstätte Sie die Weiterbildung vermitteln möchten:☐ niedergelassener Arzt

seit

_____._____._____

Praxisname, -adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

Haupt- / Zusatztätigkeit

Haupttätigkeit:☐ Vollzeit☐ Teilzeit, Quote/Stunden: ____ Std./WocheWeitere Tätigkeit (Nebenbeschäftigung zur ambulanten Tätigkeit):☐ Belegabteilung

____ Std./Woche

☐ Anstellung im Krankenhaus

____ Std./Woche

☐ Forschung

____ Std./Woche

☐ Sonstiges _____

____ Std./Woche

Standort/Krankenhaus _____





--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer, wenn bekannt

2. Angaben zur Tätigkeit (Fortsetzung)

Weitere Standorte der Praxis / des MVZ

Überörtlich / Zweigpraxis / mehrere Standorte ☐ Ja ☐ Nein

Wenn "Ja", bitte Standorte und die jeweilige durchschnittliche Präsenzzeit angeben:

1.			Std./Woche
2.			Std./Woche
3.			Std./Woche

3. Angaben zur Weiterbildungseinrichtung

Personelle Praxisgegebenheiten

Fachärzte:

MFA / Arzthelferinnen:

Ärzte ohne Facharztanerkennung:

Auszubildende MFA:

- davon Ärzte in Weiterbildung:

Weiteres medizinisches Personal:

Vertretung

Wie bzw. durch wen wird die qualifizierte Vertretung im Krankheits- oder Urlaubsfall gesichert?

Räumliche Praxisgegebenheiten

Praxisgröße: m²

Behandlungsräume:

Steht für den Weiterbildungsassistenten ein eigener Raum zur Verfügung?

☐ Ja ☐ Nein

Funktionsräume:

Bibliothek / Fachliteratur

Steht eine den medizinischen Erfordernissen entsprechende Bibliothek vor Ort zur Verfügung?

☐ Ja ☐ Nein

Wird dem Weiterzubildenden ein Zugang zum Internet, inkl. Zugriff auf Literaturdatenbanken ermöglicht?

☐ Ja ☐ Nein

Welche Zeitschriften / (Periodika) stehen zur Verfügung?

(bitte auflisten)

Apparative Ausstattung / Untersuchungsgeräte der Praxis

Ergometrie-Messstation ☐ Ja ☐ Nein

EKG ☐ Ja ☐ Nein

Ultraschall Abdomen ☐ Ja ☐ Nein

LZ-Blutdruckmessgerät ☐ Ja ☐ Nein

Spirometrie ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige (bitte auflisten)



Arztnummer, wenn bekannt



--	--	--	--	--	--	--	--

Nummer der WB-Stätte (intern)

--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer, wenn bekannt

6. Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte (MVZ)

Adressdaten des Trägers

Telefon

Telefax

Homepage

Anschrift Träger der Weiterbildungsstätte

E-Mail

Angaben bei abweichendem Rechnungsempfänger:

Name des Rechnungsempfängers:

Anschrift Rechnungsempfänger

Hinweise

- Eine Beantragung ist **nur erforderlich, sofern aktuell keine gültige Zulassung** in der/n beantragten Bezeichnung/en vorliegt.
- Für die Bearbeitung des Antrages auf Erteilung einer Weiterbildungsstättenzulassung fällt mit Ausnahme von Anträgen auf Zulassung einer Praxis entsprechend unserer Verwaltungsgebührenordnung vom 21.09.2019 in der am 09.09.2020 in Kraft getretenen Fassung **je beantragter Bezeichnung** eine Gebühr in der Höhe von **EUR 250,00** an. Der jeweilige Betrag wird mit Eingang Ihres Antrages fällig und ist Voraussetzung für die Antragsbearbeitung. Bitte überweisen Sie Verwaltungsgebühren erst nach Erhalt der Eingangsbestätigung, dem ein Überweisungsträger mit Buchungsnummer beigelegt ist.

Bestätigung der Antragsangaben / Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte

Hiermit bestätigen wir die von dem/der Weiterbildungsleiter/in im Rahmen dieses/er Antrages/Anträge auf Weiterbildungsbefugnis gemachten Angaben und beantragen unsererseits die Zulassung/en als Weiterbildungsstätte gemäß § 37 ff. Heilberufsgesetz NRW (HeilBerG) und § 6 ff. Weiterbildungsordnung für die Basis-Weiterbildung, Facharztkompetenz, Schwerpunktkompetenz und/oder Zusatz-Weiterbildung/en.

Ort

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers / Stempel

