



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

Arztnummer, wenn bekannt

2. Angaben zur Tätigkeit (Fortsetzung)

Weitere Leitungstätigkeit

Sind Sie im Rahmen Ihrer Leitungsfunktion für verschiedene Standorte verantwortlich: 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

Art und Struktur der Einrichtung

Art der Einrichtung

Medizinischer Dienst

Gesundheitsamt

Fachdienst der Stadt / des Kreises

sonstiges _____

Arbeits- / Betriebsmedizin

überbetrieblicher Dienst

betrieblicher Dienst

betrieblicher Dienst mit Betreuung weiterer Betriebe

arbeitsmedizinische Praxis

arbeitsmedizinische Praxis in Kombination mit anderen Fachrichtungen

Liegt der ÄKWL bereits eine aktuelle Auflistung der Fachdienste sowie ein Organigramm Ihrer Einrichtung vor? Ja Nein

Wenn "Nein", bitten wir um entsprechende Vorlage!

Personelle Besetzung

Planstellen der von mir geleiteten Einrichtung / Abteilung:

Gesamt		Leitende Ärzte		Abteilungsärzte		FÄ mit AE Öffentl. Gesundheitsw.	
Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist

Fachärzte		Ärzte in Weiterbildung	
Soll	Ist	Soll	Ist

namentliche Nennung Ihres qualifizierten Vertreters (mit entsprechender Anerkennung) für die:

FA-Kompetenz: _____

Zusatz-Weiterbildung: _____

Weiteres Personal:

medizinisches Fachpersonal _____ pflegendes/soziales Fachpersonal _____

hygienisch- / medizinisch-technisches Fachpersonal _____

Sonstige _____

MFA/Arzthelfer/in o. ä. _____

Ausstattung der Weiterbildungsstätte

Räumliche und apparative Ausstattung:

Liegt der ÄKWL bereits eine den aktuellen Weiterbildungsgegebenheiten entsprechende stichwortartige Darstellung der räumlichen sowie medizinisch-technischen Einrichtungen der von Ihnen geleiteten Weiterbildungsstätte (Klinik / Fachabteilung / Belegabteilung) vor? Ja Nein

Wenn „Nein“, bitten wir um entsprechende Vorlage!

Bibliothek / Literatur:

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





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

Arztnummer, wenn bekannt

4. Leistungskennzahlen

Durchschnittliche Leistungskennzahlen pro Jahr

Allgemein:

kinder- u. jugendärztliche Untersuchungen _____
 Amtärztliche Gutachten _____
 Klientenkontakte _____
 Gesundheitsförderungsprojekte _____
 infektionshygienische Beratungen _____

Arbeits-/Betriebsmedizin:

Anzahl betreuter Betriebe (gesamt) _____

Anzahl betreuter Mitarbeiter (gesamt) _____

Liegt der Ärztekammer eine aktuelle Auflistung der von Ihnen betreuten Betriebe (Name, Anschrift, Ort), mit Angabe der jeweiligen Mitarbeiterzahl und der Anzahl der jeweils erbrachten jährlichen Einsatzzeiten vor? Ja Nein

Wenn „Nein“, bitten wir um entsprechende **Vorlage!**

5. Weiteres

Dienstvertrag

Liegt der ÄKWL bereits die Ernennung zum leitenden Arzt bzw. der aktuelle Dienstvertrag vor? Ja Nein

Wenn "Nein", bitten wir um entsprechende **Vorlage!**

Weiterbildungsprogramm

Gem. § 5 Abs. 5 WO ist für die Weiterbildung zum Facharzt, in Schwerpunkten oder Zusatz-Weiterbildungen, für die die Befugnis beantragt wird, ein gegliedertes Programm beizufügen. Der zur Weiterbildung befugte Arzt muss dieses gegliederte Programm den unter seiner Verantwortung Weiterzubildenden aushändigen.

Liegt der ÄKWL bereits ein individuelles, derzeit noch gültiges und den aktuellen Weiterbildungsgegebenheiten Rechnung tragendes Weiterbildungsprogramm vor? Für die beantragte:

- Basis-Weiterbildung: Ja Nein

- Facharztkompetenz: Ja Nein

- Zusatz-Weiterbildung: Ja Nein

Wenn "Nein", bitten wir um entsprechende **Vorlage!**

Bitte füllen Sie nun noch die Anlage/n zu der(n) von Ihnen beantragten Befugnis(sen) aus!

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der o. g. Daten wird bestätigt.

Ort _____

Datum _____

 Unterschrift (Weiterbildungsleiter/in)

Zulassung als Weiterbildungsstätte

Sofern noch keine Zulassung besteht, oder eine bestehende Zulassung aktualisiert werden soll, wird darum gebeten, diesen Antrag Ihrer Verwaltung zur Unterzeichnung auf der nachfolgenden Seite vorzulegen.





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

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 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

