

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

22. FA für Öffentliches Gesundheitswesen

1. Angaben zur Person

Akad. Grad _____

Vorname _____

Name _____

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

Arztnummer, wenn bekannt

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- | | |
|---|---|
| den Verfahren, Normen und Standards der öffentlichen Gesundheitssicherung und der Gesundheitsverwaltung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Epidemiologie, Statistik, Gesundheitsindikatoren und Gesundheitsberichterstattung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| der medizinischen Beratung von Einrichtungen, Institutionen und öffentlichen Trägern bei der Gesundheitsplanung, Gesundheitssicherung und beim Gesundheitsschutz | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| der Erstellung von amtlichen/amtsärztlichen Gutachten | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Umsetzung und Sicherstellung der bevölkerungsbezogenen rechtlichen und fachlichen Normen der Gesundheitssicherung und des Gesundheitsschutzes | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| der Gewährleistung von Qualitätsmaßnahmen zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und Verbesserung des Gesundheitsschutzniveaus | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| hygienischem Qualitätsmanagement in Institutionen und öffentlichen Einrichtungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| der Priorisierung, Initiierung, Koordination und Evaluation von Strategien und Maßnahmen zur Krankheitsvorbeugung, Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung von Bevölkerungsgruppen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| der Indikationsstellung, Initiierung, ggf. subsidiäre Sicherstellung von Gesundheitshilfen und der ärztlichen Betreuung für Menschen und Bevölkerungsgruppen, deren ausreichende gesundheitliche Versorgung nicht gewährleistet ist | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| der Beratung, Vorbeugung, dem Monitoring, der Surveillance und Durchführung von Maßnahmen zur Reduktion übertragbarer Erkrankungen bei Einzelnen und in definierten Bevölkerungsgruppen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| der Risikoanalyse, -bewertung, -kommunikation und -management infektiöser Erkrankungen und umweltbedingter gesundheitlicher Belastungen und Schädigungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->

39494 Lassak/Fech/Walfort



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

22. FA für Öffentliches Gesundheitswesen

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

Arztnummer, wenn bekannt

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

Analyse und gesundheitliche Bewertung gemeindebezogener Planungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein						
Bewertung der gesundheitlichen Versorgung und des Gesundheitszustandes bestimmter Bevölkerungsgruppen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein						
Methodik von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Präventionsprogrammen sowie deren Umsetzung und Bewertung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein						
bevölkerungsbezogenes gesundheitliches Monitoring und Surveillance übertragbarer und nicht übertragbarer Erkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein						
Analyse und Bewertung von Gesundheitsbeeinträchtigungen und -gefährden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein						
hygienische Begehungen, Bewertungen und Gefährdungsanalysen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein						
<u>Bitte tragen hier Sie die Daten Ihrer Einrichtung nach dem vorgegebenen Anforderungsprofil ein!</u>							
Sozialmedizinische Gutachten, darunter Gutachten nach Aktenlage und Rehabilitationsberichte mit sozialmedizinischer Leistungsbeurteilung	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
Gutachten für Sozialleistungsträger unter Berücksichtigung von Fragestellungen der Arbeitsfähigkeit, Berufsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Berufsförderung, Sozialgerichtsbarkeit und des Versorgungsrechtes	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						

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

Ort

Datum

Unterschrift / Stempel

