ärztekammer niedersachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Referat Weiterbildungsermächtigung

Berliner Allee 20
30175 Hannover

Tel.: 0511 380 -02
Fax: 0511 3802-1299
E-Mail: weiterbildung@aekn.de

Ärztekammer Niedersachsen
Referat Weiterbildungsermächtigung
Postfach 307
30003 Hannover

Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung (WBO) vom 01.07.2020

☐ Facharztkompetenz ☐ Schwerpunktkompetenz ☐ Zusatz-Weiterbildung

_____
(entsprechende Bezeichnung laut WBO eintragen)

Antragsteller/in:

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsname: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort /-land: _____

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐

Telefon dienstl.: _____ E-Mail dienstl: _____

Die Ermächtigung zur Weiterbildung beantrage/n ich/wir

☐ **allein**

☐ **gemeinsam** mit folgenden Ärzten(Vor- und Zuname in Druckschrift)

1.)

2.)

3.)

4.)

5.)

stationär ☐ ambulant ☐ stationär und ambulant ☐

für folgende Weiterbildungsstätte/n: (Name, Anschrift)

(Bei einer Verbundweiterbildung mit mehreren Stätten sind alle Adressen einzutragen.)

Wie bzw. durch wen ist eine Vertretung sichergestellt?

Ich/Wir bin/sind Nachfolger von:

(Name)

am Standort:

(Adresse)

Es besteht <u>derzeit</u> bereits eine Ermächtigung zur Weiterbildung

☐ Ja, in _____

☐ nein

Es <u>bestand</u> bereits eine Weiterbildungsermächtigung

☐ Ja, in _____

☐ nein

_____
Datum, Ort

_____
Unterschrift des Antragstellers 1.)

_____
Unterschrift weiterer Antragsteller 2.)

_____
Unterschrift weiterer Antragsteller 3.)

_____
Unterschrift weiterer Antragsteller 4.)

_____
Unterschrift weiterer Antragsteller 5.)

Schriftverkehr zu diesem Antrag soll ausschließlich mit Antragssteller Nr. _____

geführt werden, der in diesem Sinne bevollmächtigt ist. ☐ ja

Hinweis: Die Dokumentation der Weiterbildungsinhalte für die Weiterbildungsassistenten erfolgt über das E- Logbuch. Hierzu benötigen Sie einen Zugang für das Mitgliederportal der Ärztekammer Niedersachsen https://portal.aekn.de/.

Die Datenschutzerklärung der Ärztekammer Niedersachsen finden Sie online unter ww.aekn.de/datenschutz

☐ **Weiterbildungsstätte <u>ambulanter</u> Bereich** (stationär ab Seite 8)

Name der Weiterbildungsstätte:

Art der Einrichtung

☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft / Praxisgemeinschaft

☐ MVZ Name und Träger:

☐ andere Rechtsform (Behörde, Unternehmen)

Gesamtfallzahl (Quartal): Anzahl

- davon privat: Anzahl

Standort(e)

Überörtlich / Zweitpraxis / mehrere Standorte ☐ nein ☐ ja

1.)

2.)

3.)

Antragsteller: _____

(Name, Vorname)

Praxispartner (sofern zutreffend bitte Praxispartner mit Gebietsbezeichnung angeben):

1.) _____ Gebiet: _____

2.) _____ Gebiet: _____

3.) _____ Gebiet: _____

4.) _____ Gebiet: _____

5.) _____ Gebiet: _____

Assistenzpersonal – ärztlich und nichtärztlich

- angestellte Fachärzte _____ Anzahl

ganztags _____ halbtags _____ stundenweise _____

- Arzthelferin / Medizinische Fachangestellte _____ Anzahl

ganztags _____ halbtags _____ stundenweise _____

- Auszubildende _____ Anzahl

- weiteres med. Personal _____

_____

Räume: Bitte Grundriss der Praxis / der Standorte beifügen, mit Angabe der Größe und Funktion.

Hinweis: Für den einzustellenden Weiterbildungsassistenten muss ein eigenes Sprechzimmer zur Verfügung stehen; dieses bitte benennen.

Bitte beifügen:

Anlagen 1 der Statistik über die abgerechneten Ziffern der letzten vorliegenden 4 KV-Quartals-abrechnungen bei. Alternativ können Sie uns eine Vollmacht erteilen, um die Unterlagen direkt bei der KVN anzufordern. Ein entsprechendes Formular / eine Vollmacht folgt.

Vollmacht

Ich, _____, bin damit einverstanden, dass Auskünfte über die Richtigkeit meiner Angaben von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen eingeholt werden, und die KVN hierzu auch die Anlagen 1 und 6 der letzten vier erstellten Quartalsabrechnungen direkt an die Ärztekammer Niedersachsen übersendet.

Datum _____ _____

Unterschrift und evtl. Stempel

(Bei mehreren Antragstellern müssen alle gemeinsam die Vollmacht erteilen. Sind die Antragsteller nicht auch Träger der Einrichtung, muss auch der Träger zustimmen bzw. alle Ärzte die Zustimmung erteilen. Alternativ kann es einfacher sein, selbst die Abrechnungsstatistik direkt zu übersenden.)

_____

_____

_____

_____

Personendaten pro Antragsteller auszufüllen.
- Blatt ggf. kopieren -

ärztekammer niedersachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Antragsteller: _____
(Name, Vorname)

Persönliche Angaben je Antragssteller bei ambulanter Weiterbildung

- niedergelassen

seit _____ als _____

☐ voller Sitz ☐ Teilsitz, Quote / Stunden _____

- angestellt, z. B. im MVZ

seit _____ als _____

durchschnittliche Wochenarbeitszeit gemäß Arbeitsvertrag (Std.) _____

Tätigkeit an mehreren Standorten	**wöchentliche Präsenzzeit**
1.) _____	_____ Stunden
2.) _____	_____ Stunden
3.) _____	_____ Stunden

! Bei mehreren Antragstellern und mehreren Standorten bitte die jeweiligen Präsenzzeiten an den jeweiligen Standorten bzw. das Arbeitszeitmodell gesondert darstellen und beifügen).

☐ nebenberufliche Tätigkeit

Krankenhaus angestellt ☐ nein ☐ ja, Std./Woche: _____

Belegarzt ☐ nein ☐ ja, durchschnittliche Std./Woche: _____

Standort / Krankenhaus _____

☐ stationäre Weiterbildungsstätte

Name der Weiterbildungsstätte:

Art der Einrichtung

☐ Klinik / Hauptabteilung ☐ Funktionsbereich / Sektion ☐ Belegabteilung

☐ Sonstige Einrichtung

Standort(e) / Krankenhaus:

Dienstmodell, Personal, Besetzung (Vollzeitäquivalent)

Chefarzt Anzahl

Oberärzte Anzahl

Fachärzte Anzahl

Weiterbildungsassistenten Anzahl

Bitte als Anlage ein offizielles Organigramm der Stätte bzw. des Krankenhauses und - soweit vorhanden - der Klinik beifügen.

Bettenanzahl der Einrichtung, an der weitergebildet werden soll: Anzahl

Durchschnittliche Verweildauer Tage

Belegung im Berichtsjahr %

Gesamtfallzahl in der Abteilung/Stätte (pro Jahr):

Bitte beifügen:

ICD-10 und/oder OPS-Statistik mit Text sortiert nach Häufigkeit der TOP 50 der letzten 12 Monate, hilfsweise des letzten Kalenderjahrs.

Personendaten pro Antragsteller auszufüllen.
- Blatt ggf. kopieren -

ärztekammer niedersachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Antragsteller: _____
(Name, Vorname)

Persönliche Angaben je Antragssteller bei stationärer Weiterbildung

☐ Krankenhaus - Dienststellung (z. B. Chefarzt, leitender Oberarzt):

_____

seit _____

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit, Stunden/Woche lt. Arbeitsvertrag _____

Leitung erfolgt im Kollegialsystem mit:

_____

☐ Belegabteilung _____ Stunden

☐ Tagesklinik _____ Stunden

Sonstiges: _____

☐ nebenberuflich:

Praxis ☐ nein ☐ ja (Voller Sitz ☐ Teilsitz ☐ Std./Woche: _____

MVZ ☐ nein ☐ ja, durchschnittliche Std./Woche: _____

Institutsambulanz ☐ nein ☐ ja, durchschnittliche Std./Woche: _____

KV-Ermächtigung ☐ nein ☐ ja

Für folgende Leistungen (evtl. Anlage und letzte KVN Abrechnung beifügen):

_____

_____

_____

_____