



**Antrag auf Erwerb einer Befugnis zur Weiterbildung und
Antrag auf Zulassung der Weiterbildungsstätte
Weiterbildungsabschnitt Allgemeinmedizin**

Bitte beachten Sie, alle notwendigen Anlagen den Antragsunterlagen beizufügen.

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Erteilung einer Einzelbefugnis
Vorname Name Antragsteller	

oder

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Erteilung einer Gemeinsamen Befugnis*
* Die weiteren Antragsteller müssen die Ergänzung zur Beantragung einer Gemeinsamen Befugnis beilegen.	

Beantragung des anrechenbaren Weiterbildungsumfangs									
<input type="checkbox"/>	6 Monate	<input type="checkbox"/>	12 Monate	<input type="checkbox"/>	18 Monate	<input type="checkbox"/>	24 Monate	<input type="checkbox"/>	24+12* Monate

* 24 Monate obligater Weiterbildungsabschnitt in der Allgemeinmedizin plus weitere 12 Monate Weiterbildung in dem Abschnitt Weiterbildung in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (hier: Allgemeinmedizin)

Teilnahme an der ambulanten Versorgung			
<input type="checkbox"/>	Als Vertragsarzt		
	<input type="checkbox"/> Mit einem vollzeitigem Versorgungsauftrag	<input type="checkbox"/> Mit einem <u>häufigen</u> Versorgungsauftrag	
	<input type="checkbox"/> Anderer Umfang:		
<input type="checkbox"/>	Als <u>angestellter</u> Arzt		
	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden	% / h/Woche
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:		

Weitere Tätigkeiten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
z. B. in einer Nebenbetriebsstätte/Zweigpraxis, einer weiteren Praxisniederlassung, als angestellter Arzt in einem Krankenhaus, MVZ oder als Belegarzt etc.			
in einem Umfang von		Wochenstunden	
Angabe des weiteren Tätigkeitsortes			

Machen Sie Hausbesuche?	<input type="checkbox"/>	ja, durchschnittlich		im Quartal
	<input type="checkbox"/>	nein		

Ist ein eigener Arbeitsplatz (eigenes Sprechzimmer) für den Weiterzubildenden vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Teilnahme an Qualitätssichernden Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche		

Weiterbildungsspektrum der WB-Stätte		
Fallzahl der letzten vier Abrechnungsquartale für		bis
EBM-Ziffer		Summe der letzten vier Abrechnungsquartale
03001	Patienten 0 bis 4 Jahre	
03002	Patienten 5 bis 18 Jahre	
03003	Patienten 19 bis 54 Jahre	
03004	Patienten 55 bis 75 Jahre	
03005	Patienten ab 76 Jahre	
03220	Chroniker	
03330	Spirometrie	
03322	LzEKG	
03324	LzRR	
02510	Wärmetherapie (Physio/Mikrowelle)	
	Diabetes DMP	
	KHK DMP	
	COPD DMP	
	Asthma DMP	
03362	HÄ geriatr. Betreuungskomplex	
01720	J1	
01732	Checkup	
01745	Hautkrebsscreening	
89111+89112	Grippeimpfung	

Die Weiterzubildenden Ärzte erhalten ein gegliedertes Programm für die Weiterbildung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann wurde es zuletzt erstellt?		

Dokumentierte Gespräche mit dem Weiterzubildenden zum Stand der Weiterbildung werden durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> einmal im Jahr

Personalbesetzung der Weiterbildungsstätte			
Anzahl	in Vollzeit	in Teilzeit	Tätigkeit/Aufgabe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nur auszufüllen bei einer Tätigkeit im MVZ, in der Bundeswehr

Weiterbildungsstätte und ggf. Träger der Einrichtung	
ggf. Name des Leiters der WBS	
Umfang der Tätigkeit in Prozent und in Wochenstunden	

Ich bin damit einverstanden, dass eine beglaubigte Kopie des Bescheides über die Erteilung der Befugnis zur Weiterbildung / Zulassung als Weiterbildungsstätte an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern überreicht wird.

Bitte durchstreichen, wenn Sie nicht einverstanden sind!

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Bitte beachten Sie:

Geben Sie an, ob die geforderte Kompetenz im Gebiet Allgemeinmedizin von Ihnen vermittelt werden kann.

* KM: Kognitive und Methodenkompetenz (Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit systematisch einordnen und erklären können)

** H: Handlungskompetenz (Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit selbstverantwortlich durchführen können) Bitte kreuzen Sie nur dann ein „Ja“ an, wenn eine vollständige Handlungskompetenz vermittelt werden kann (= „selbständig durchführen können“).

	Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin	werden vermittelt
	Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin	
KM	Wesentliche Gesetze, Verordnung und Richtlinien	
H	Mehrdimensionalität des allgemeinmedizinischen Handelns und der biopsychosozialen Langzeitbetreuung mit Anwendung des hermeneutischen Fallverständnisses unter Berücksichtigung des Krankheitsverständnisses des Patienten	
H	Anwendung der allgemeinmedizinischen Arbeitsmethodik des abwartenden Offenhaltens und der Vermeidung abwendbar gefährlicher Verläufe	
H	Versorgung und Koordination von Patienten, insbesondere in ihrem familiären Umfeld, in der Langzeitpflege sowie in ihrem weiteren sozialen Umfeld einschließlich der Hausbesuchstätigkeit, davon	
H	- Hausbesuche	
H	Interdisziplinäre Koordination, insbesondere bei multimorbiden Patienten einschließlich der Indikationsstellung zur häuslichen Krankenpflege, Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Hilfen in Behandlungs- und Betreuungskonzepte	
H	Bewertung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Arbeitsfähigkeit, der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit	
KM	Hereditäre Krankheitsbilder	
H	Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung	
H	Erkennung, Beurteilung und Behandlung der Auswirkungen von durch Umwelt und Milieu bedingten Schäden einschließlich Arbeitsplatzeinflüssen	
H	Erkennung von Suchtkrankheiten und Einleitung von weiterführenden Maßnahmen	
H	Durchführung der ärztlichen Leichenschau	
	Notfälle	
H	Lebensrettende Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung, welche durch Simulation ersetzt werden können	

H	Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst	
Krankheiten und Beratungsanlässe		
KM	Partizipative Entscheidungsfindung	
KM	Förderung der Gesundheitskompetenz	
KM	Vermeidung von Fehlversorgung	
H	Umgang mit den häufigsten Beratungsanlässen im unausgelesenen Patientenkollektiv einschließlich Langzeitversorgung und der hausärztlichen Behandlung von	
H	- nichtinfektiösen, infektiösen, toxischen und neoplastischen sowie von allergischen, immunologischen, metabolischen, ernährungsabhängigen und degenerativen Erkrankungen einschließlich diätetischer Behandlung sowie Beratung und Schulung	
H	- insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit Diabetes mellitus, davon	
H	- Patienten mit Insulintherapie	
H	- Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Behinderungen	
H	- Erkrankungen der Haut	
H	- insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Wunden	
H	- Erkrankungen von Hals, Nasen und Ohren	
H	- Erkrankungen des Auges	
H	- psychischen und neurologischen Erkrankungen	
H	- insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit Depressionen und Angststörungen einschließlich der Krisenintervention	
H	- Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts	
H	- insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen des Magen-Darmtrakts	
H	- Erkrankungen des Herzkreislaufsystems einschließlich Lunge	

H	- insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit	
H	- insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit Hypertonie	
H	- insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit COPD/Asthma	
H	- Erkrankungen des Urogenitaltrakts einschließlich der Niere	
H	- Erkrankungen des Endokrinums und Stoffwechsels	
H	- Erkrankungen des Blutes und der Blutgerinnung	
H	- Blutgerinnungsmanagement	
H	- sexualmedizinische Beratungsanlässe	
H	- Beratung zur Familienplanung	
H	- akute und/oder chronische Schmerzzustände	
H	- insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen einschließlich der Behandlung mit Opioiden	
Funktionelle Störungen		
H	Erkennung und Behandlung psychosomatischer Krankheitsbilder, insbesondere	
H	- psychosomatische Interventionen	
Besondere Patientengruppen		
H	Behandlung und Koordination der Beratungsanlässe des Kindes- und Jugendalters	
H	- Behandlung von akut erkrankten Kindern/Jugendlichen	
H	Erkennung und ggf. Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter	
H	Behandlung von Patienten mit Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters, geriatrischer Krankheitsbilder und Funktionsstörungen unter Berücksichtigung von Aspekten der Multimorbidität einschließlich Erstellung und Durchführung eines Hilfeplans zum Erhalt der Selbständigkeit und Autonomie, auch unter Einbeziehung eines multiprofessionellen Teams, Anpassung des Wohnumfeldes sowie Angehörigen- und Sozialberatung, davon	

H	- Behandlung von Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit in ihrer Häuslichkeit	
H	Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten einschließlich Sterbebegleitung	
KM	Onkologische Krankheitsbilder	
H	Beratung bezüglich eines kurativen oder palliativen Therapieansatzes bei Tumorerkrankungen unter Einbeziehung des Patienten, seiner Angehörigen und mitbehandelnden Ärzte	
Prävention und Rehabilitation		
H	Gesundheitsberatung, Früherkennung und Vorsorge von Gesundheitsstörungen einschließlich Gewalt- und Suchtprävention, insbesondere	
H	- spezifische Impfberatung auf Grundlage der STIKO-Empfehlungen	
H	- Durchführung von kardiovaskulären Risikobestimmungen	
H	- Beratungen zur Krebsfrüherkennung	
H	Beratung zu sozialen und pflegerischen Hilfen	
H	Indikationsstellung, Verordnung und Einleitung rehabilitativer Maßnahmen einschließlich geriatrischer Frührehabilitation sowie der Nachsorge	
Diagnostische Verfahren		
KM	Relevante diagnostische Verfahren	
H	Indikationsstellung, Einschätzung der Dringlichkeit apparativer Diagnostik einschließlich der Befundinterpretation	
H	Elektrokardiogramm	
H	Ergometrie	
H	Langzeit-EKG	
H	Langzeitblutdruckmessung	
H	Spirometrie	

H	Ultraschalluntersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane im Rahmen der Erst- und Verlaufsdagnostik	
H	Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse im Rahmen der Erst- und Verlaufsdagnostik	
H	Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial	
H	Otoskopie	
H	Richtungsweisende Hör- und Sehprüfung	
H	Durchführung und Interpretation standardisierter Testverfahren einschließlich Fragebögen, insbesondere zur Depressionsdiagnostik und zu geriatrischen Fragestellungen	
Therapeutische Verfahren		
KM	Chemo- und Strahlentherapie	
KM	Transfusions- und Blutersatztherapie	
KM	Komplementärmedizinische Verfahren	
H	Indikationsstellung, Verordnung und Überwachung der medikamentösen Therapie unter Beachtung der Neben- und Wechselwirkungen und besonderer Berücksichtigung der Aspekte Multimorbidität, Alter, Polypharmazie, Adhärenz und Evidenz	
H	Indikationsstellung und Verordnung von Psychotherapie einschließlich Verlaufsbeobachtung	
H	Infusionstherapie und parenterale Ernährung	
H	Wundversorgung und Wundbehandlung, Inzision, Exzision, Exstirpation und Probeexzision auch unter Anwendung der Lokal- und peripheren Leitungsanästhesie	
H	Anlage von Orthesen und Schienen	

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Anlagen bei:

(falls nicht bereits in vorherigen Antragsverfahren eingereicht oder Änderungen eingetreten sind)

1. beruflicher Werdegang
2. Beschreibung der beruflichen/ärztlichen Tätigkeitsfelder und evtl. Besonderheiten der Weiterbildungsstätte (Praxis)
3. das gegliederte Programm für die Umsetzung der Weiterbildung im beantragten Weiterbildungsabschnitt an der Weiterbildungsstätte (§ 5 Abs. 10 WBO ÄK MV 2020)
4. Darstellung der apparativen Ausstattung der Weiterbildungsstätte (Praxis)
5. aktueller Arztregisterauszug der Kassenärztlichen Vereinigung (Kontakt bei der KV MV unter Tel. 0385 / 74 31 363)