



**Antrag auf Erwerb einer Befugnis zur Weiterbildung und
Antrag auf Zulassung der Weiterbildungsstätte im ambulanten Bereich
für die Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthapie**

Bitte beachten Sie, alle notwendigen Anlagen den Antragsunterlagen beizufügen.

Vorname Name
Antragsteller

Antrag auf Erteilung einer Einzelbefugnis

oder

Antrag auf Erteilung einer Gemeinsamen Befugnis*

* Die weiteren Antragsteller müssen die Ergänzung zur Beantragung einer Gemeinsamen Befugnis beilegen.

oder

Antrag auf Erteilung einer Verbundbefugnis mit der/den Einrichtung/-en ...

Die an der Verbundeinrichtung verantwortlichen Ärzte müssen ebenfalls eine entsprechende WB-Befugnis haben/beantragen.

**Beantragter Umfang in der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse
Tumorthapie**

Monate

Tätigkeit in der ambulanten Versorgung als ...

Vertragsarzt

Mit einem vollzeitigem Versorgungsauftrag

Mit einem hälftigen Versorgungsauftrag

Anderer Umfang:

angestellter Arzt

Vollzeit

Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden

% /

h/Woche

Sonstiges:

Weitere Tätigkeiten in der stationären Versorgung					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
als							
in	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden		% /		h/Woche	
<input type="checkbox"/>	Als Belegarzt						
Bei einer Belegarztstätigkeit Anzahl der Belegbetten (Bitte entsprechende Kopie des Belegarztvertrages beifügen.)							
Anzahl der Behandlungsfälle pro Jahr							

Weitere Tätigkeit in der ambulanten Versorgung					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
z. B. in einer Nebenbetriebsstätte/Zweigpraxis, einer weiteren Praxisniederlassung, 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		

Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)

Weiterbildungsstätte	
<input type="checkbox"/>	Einzelpraxis / Praxisgemeinschaft
<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis mit:
<input type="checkbox"/>	Tagesklinik
<input type="checkbox"/>	Praxis in einem MVZ
<input type="checkbox"/>	sonstiges:
<input type="checkbox"/>	hat Nebenbetriebsstätten/Zweigpraxis

Weiterbildungsstätte und ggf. Träger der Einrichtung	
ggf. Name des ärztlichen Leiters der WBS	

durchschnittliche Fallzahl der Patienten mit onkologischer Erkrankung / Quartal	
Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung	<input type="checkbox"/> ja <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	

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

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

Wenn vorliegend: Die Weiterbildungsstätte ist/betreibt		
Teil eines vertraglich vereinbarten WB-Verbundes	<input type="checkbox"/>	mit:
Teil eines vertraglich vereinbarten WB-Netzes	<input type="checkbox"/>	mit:
lose WB-Kooperationen mit anderen WBS	<input type="checkbox"/>	mit:
Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Netzwerken, z. B. SAPV, Tumorzentren, Pflegediensten	<input type="checkbox"/>	mit:

Welche Perspektive haben Weiterzubildende nach Abschluss Ihrer Weiterbildung bei Ihnen?	
<input type="checkbox"/>	nur Weiterbildung
<input type="checkbox"/>	Anstellungsverhältnis
<input type="checkbox"/>	Juniorpartnerschaft
<input type="checkbox"/>	Praxispartnerschaft
<input type="checkbox"/>	Praxisübernahme

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

Kompetenzbogen Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie

Bitte lesen Sie die zeitlichen Anforderungen an die Weiterbildung (Weiterbildungsabschnitte) in der der WBO ÄK MV 2020 auf der Homepage der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern nach.
[Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern \(aek-mv.de\)](http://aek-mv.de)

Antragsteller

WB-Stätte

Berichtszeitraum
(12 Monate)

Hinweise:

KM: Kognitive und Methodenkompetenz (Kenntnisse)

Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit systematisch einordnen und erklären können.

Bitte kreuzen Sie diese Kompetenz nur dann als vermittelbar an, wenn eine **vollständige** Kognitive und Methodenkompetenz vermittelt werden kann = „systematisch einordnen und erklären“.

H: Handlungskompetenz (Erfahrungen und Fertigkeiten)

Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit eigenverantwortlich durchführen können.

Bitte kreuzen bzw. geben Sie hier eine Zahl nur dann an, wenn die Handlungskompetenz **vollständig** vermittelt werden kann = „selbständig durchführen“.

Die dunkel markierten Zellen sind nicht auszufüllen und bleiben leer.

In die weißen Zellen tragen Sie bitte eine Zahl ein.

Mitwirkung: Dem Weiterzubildenden muss die Teilnahme an einer Untersuchung/Therapie, die primär durch einen anderen Arzt erbracht wird, auch interdisziplinär ermöglicht werden.

		Einrichtung (Zahl)	Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie					
H	Interdisziplinäre Indikationsstellung zu chirurgischen, strahlentherapeutischen, interventionellen und nuklearmedizinischen Behandlungsverfahren			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Tumorkonferenzen, davon				
H	- Falldarstellungen		Zahl in % der Gesamtfälle		

		Einrichtung (Zahl)	Persönlich (Zahl)	vermittelbar	
Tumorthherapie					
KM	Pharmakologie und Wirkungsweise medikamentöser Tumorthherapie			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung zur medikamentösen Tumorthherapie unter Berücksichtigung von Komorbiditäten [inkl. Histologie und Molekularpathologie]			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Planung und Überwachung der medikamentösen Therapie bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes einschließlich der Prävention, Erkennung und Behandlung spezifischer Nebenwirkungen von Tumortheraeutika			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Medikamentöse Therapie bei Patienten mit Tumoren des Fachgebietes in Behandlungsfällen, davon				
H	- zytostatisch				
H	- zielgerichtet				
H	- immunmodulatorisch				
H	- antihormonell				
KM	Aspekte der Nachsorge bei medikamentöser Tumorthherapie			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Supportivtherapie					
KM	Grundlagen der Supportivtherapie und Rehabilitation bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Prophylaktische und interventionelle Supportivtherapie, davon				
	- Antiemese				
	- Ernährungsberatung				
	- Diätetik einschließlich enteraler und parenteraler Ernährung				
	- Infektionsprophylaxe und Therapie von Infektionen				
	- Antikoagulation				

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel
Einrichtung

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 WB-Stätte
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 onkologisch relevanten apparativen Ausstattung der Weiterbildungsstätte
5. aktueller Arztregisterauszug der Kassenärztlichen Vereinigung (Tel. 0385 / 74 31 363)