

3. Weiterbildungsstätte

Anschrift
des Unternehmens

Abteilung

Telefon

Email

4. Struktur der Weiterbildungsstätte

Angaben zum Tätigkeitsbereich

Ort der arbeitsmedizinischen Tätigkeit

Anzahl und Art der zu betreuenden Betriebe (ggf. Anlage)

Zuständige Berufsgenossenschaft(en)

Anzahl der zu betreuenden Beschäftigten _____

Aufgliederung (weiblich/männlich, Auszubildende) einschließlich der jeweiligen Gefahrenklasse (z. B. Büro, Maschinenbau, etc. - Anlage 2)

Zu welchen Branchen-Gruppen gehören die von der Einrichtung betreuten Betriebe

Metall Bergbau Dienstleistung Gesundheitswesen

Handel Chemie Landwirtschaft

Sonstige _____

Personelle Besetzung der Weiterbildungsstätte

Zahl der Ärzte

mit Facharztbezeichnung _____

mit Zusatzbezeichnung _____

Weiterbildungsassistenten _____

Medizinisches Assistenzpersonal- und technisches Personal

Krankenschwestern/-pfleger _____

Med. Fachangestellte(Arzhelferinnen/-helfer) _____

MTA _____

Fachkräfte für Arbeitssicherheit _____

Arbeitsmedizinisches Assistenzpersonal/
sonstiges Personal _____

Räumliche Ausstattung ggf. Liste ergänzen

Untersuchungsräume (Ärzte) _____

Untersuchungsräume (Funktionsdiagnostik) _____

Warteräume _____

Schulungsräume _____

Sonstige Räume _____

Apparative Ausstattung

z.B. Ergometrie, EKG, Lungenfunktion, Labor, Sehtestgeräte, Audiometrie, Röntgen
- bitte als Anlage beifügen

Arbeitsmedizinische Tätigkeitsmerkmale

Welche Untersuchungen nach welchen gesetzlichen Vorschriften sollen durchgeführt werden?
- Anlage

Welche Ermächtigungen zu speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach staatlichen Vorschriften liegen vor?

StrlSchV (Strahlenschutzverordnung)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
RöV (Röntgenverordnung)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
DruckluftV (Druckluftverordnung)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
BergV (Bergverordnung)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Sonstige:				

Gutachten

Frei begründete Gutachten	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
BG	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
BfA / LVA	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Ausführlich begründete arbeitsmedizinische Gutachten bzw. Stellungnahmen, davon

zur Frage des Vorliegens einer Berufskrankheit	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
zur Beurteilung von Berufs- und Erwerbsfähigkeit	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
zu Maßnahmen nach § 3 Berufskrankheitenverordnung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
zu Fragen eines Arbeitsplatzwechsels	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
zur Eingliederung Behinderter in den Betrieb	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
zur Neuerrichtung von Arbeitsplätzen/Umstrukturierung von Arbeitsplätzen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
zur Wiedereingliederung von Erkrankten	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Sonstige:

Regelmäßige Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Teilnahme an Betriebsbegehungen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Bibliothek	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der angegebenen Daten.

Ort, Datum

Unterschrift / Arztstempel

Anlagen (bitte entsprechend beifügen)

- Anlage 1: Die im Rahmen der Weiterbildung vermittelten „**Allgemeine Inhalte der Weiterbildung**“
(Nur bei Anträgen zur Weiterbildungsbefugnis für Facharzt- bzw. Schwerpunktweiterbildung)
- Anlage 2: Die im Rahmen der Weiterbildung vermittelten „**Gebietsspezifischen Inhalte**“
- Anlage 3: **Das gegliederte Programm für die Weiterbildung**
- Anlage 4: Beruflicher Werdegang
- Ggf. Rotationsplan
- Ggf. Praxisgrundriss
- Ggf. Befürwortung des Chefarztes / Leiters / Praxisinhabers

Hinweise:

- Gemeinsame Weiterbildungsermächtigung:
Wird die Befugnis mit mehreren Kolleginnen/Kollegen gemeinsam beantragt, ist ein eigener Antrag dieser Kolleginnen/Kollegen erforderlich.
Die inhaltliche und zeitliche Ausgestaltung der gemeinsamen Weiterbildung ist in einem Weiterbildungsplan (Rotationsplan) darzustellen.
- Rotationen in der Weiterbildung:
Sollten im Rahmen der Weiterbildung unter Ihrer Anleitung, Rotationen in andere Abteilungen / Bereiche zur Absolvierung gem. WBO vorgeschriebener Weiterbildungsabschnitte vorgesehen sein, sind diese ebenfalls im Weiterbildungsplan (Rotationsplan) darzustellen und durch die entsprechenden Kollegen, unter deren Anleitung die Weiterbildung in Rotation erfolgt, durch Unterschrift zu bestätigen.
- Weiterbildungsprogramm:
Das Weiterbildungsprogramm ist die individuelle zeitliche und inhaltliche Gestaltung der Weiterbildung an einer Weiterbildungsstätte.
In welchen Weiterbildungsabschnitten werden welche Weiterbildungsinhalte unter Ihrer Leitung dem Arzt in Weiterbildung vermittelt?
Das gegliederte Programm der Weiterbildung ist jedem Arzt in Weiterbildung zu Beginn der Weiterbildung auszuhändigen.
Zur Erstellung des Weiterbildungsprogramms s. auch „Richtlinie zur Erstellung eines Weiterbildungsprogramms“