



### 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“