

S. 1-3: auszufüllen vom hauptverantwortlichen Vertreter/von der hauptverantwortlichen Vertreterin d. Befugnisverbundes

S.4: auszufüllen von jedem Mit Antragsteller/jeder Mit Antragstellerin

Antrag auf Anerkennung als Befugnisverbund

Voraussetzungen für einen Befugnisverbund:

(alle Punkte sind zu erfüllen)

- Jede/-r Antragsteller/-in verfügt über eine gültige Weiterbildungsbefugnis nach der Weiterbildungsordnung 2022.
- Die Weiterbildung ist in maximal fünf Abschnitte unterteilt.
- Innerhalb des Verbundes können sämtliche in der Weiterbildungsordnung für das Gebiet festgelegten Kompetenzen vermittelt werden.
- Zwischen den Einrichtungen besteht eine Vereinbarung zur Organisation der Weiterbildung im Verbund
- Es liegt ein gemeinsames Curriculum sowie ein Rotationsplan vor, in welchen die koordinierte, strukturierte und kontinuierliche Weiterbildung in der Verbundstruktur abgebildet wird.
- Durch den Verbund wird gewährleistet, dass die Weiterbildungsstätten in geographischer Nähe zueinander liegen und von der Ärztin/dem Arzt in Weiterbildung in einem angemessenen Zeitraum erreichbar sind.
- Den Antragstellern ist bewusst, dass bei Ausscheiden eines der Verbundmitglieder die Anerkennung des Befugnisverbundes erlischt und neu beantragt werden muss.
- Die Antragsteller sind darüber informiert, dass der gültige Befugnisverbund auf der Homepage der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz veröffentlicht wird.
- Der Befugnisverbund muss von einer/einem hauptverantwortlichen Vertreter/-in beantragt und organisatorisch betreut werden.

Ich bestätige als hauptverantwortliche/-r Vertreter/-in, dass alle Antragsteller/-innen gemeinsam die oben genannten Voraussetzungen vollumfänglich erfüllen.

Name:

Datum,
Stempel u. Unterschrift:

S. 1-3: auszufüllen vom hauptverantwortlichen Vertreter/von der hauptverantwortlichen Vertreterin d. Befugnisverbundes

S.4: auszufüllen von jedem Mitantragsteller/jeder Mitantragstellerin

Allgemeine Angaben:

Beantragtes Gebiet:	
Weiterbildungszeit (Monate gesamt) gemäß Weiterbildungsordnung:	
Beginn Befugnisverbund:	
Hauptverantwortliche/-r Vertreter/-in:	
Ansprechpartner/-in für Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung – ambulant (Name u. E-Mail-Adresse):	
Ansprechpartner/-in für Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung – stationär (Name u. E-Mail-Adresse):	

Angaben zur eigenen Weiterbildungsbefugnis:

Weiterbildungsstätte:	
Name/n des/der Weiterbildungsbefugten:	
Befugnisumfang (Monate):	

Ich/wir bestätige/n, dass mir/uns die Voraussetzungen des Befugnisverbundes bekannt sind.

Datum

u. Unterschrift/en: _____

- S. 1-3: auszufüllen vom hauptverantwortlichen Vertreter/von der hauptverantwortlichen Vertreterin d. Befugnisverbundes
- S.4: auszufüllen von jedem Mitantragsteller/jeder Mitantragstellerin

Mitantragsteller/-innen:

Weiterbildungsstätte	Name/n des/der Weiterbildungsbefugten	Befugnisumfang (Monate)
Weiterbildungsstätte	Name/n des/der Weiterbildungsbefugten	Befugnisumfang (Monate)
Weiterbildungsstätte	Name/n des/der Weiterbildungsbefugten	Befugnisumfang (Monate)
Weiterbildungsstätte	Name/n des/der Weiterbildungsbefugten	Befugnisumfang (Monate)
		Befugnisumfang (gesamt)

- S. 1-3: auszufüllen vom hauptverantwortlichen Vertreter/von der hauptverantwortlichen Vertreterin d. Befugnisverbundes
S.4: auszufüllen von jedem Mitantragsteller/jeder Mitantragstellerin

Antrag auf Anerkennung als Befugnisverbund

Formular für Mitantragsteller/-innen

Allgemeine Angaben:

Beantragtes Gebiet:	
Hauptverantwortliche/-r Vertreter/-in des Befugnisverbundes:	

Angaben zur Weiterbildungsbefugnis:

Weiterbildungsstätte:	
Name/n des/der Weiterbildungsbefugten:	
Befugnisumfang (Monate):	

Ich/wir bestätige/n, dass mir/uns die Voraussetzungen des Befugnisverbundes bekannt sind.

Datum

u. Unterschrift/en:
