

Kooperationspartner

KWBW Verbundweiterbildung^{plus}



| Kontaktdaten |
|--|
| Name Praxis |
| |
| Name Ärztinnen/Ärzte |
| |
| Name Weiterbilder/in |
| |
| Praxisform (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft etc.) |
| |
| Adresse |
| |
| Telefon/Fax |
| |
| E-Mail |
| |
| Homepage |
| |

Kooperationspartner

KWBW Verbundweiterbildung^{plus}



Schwerpunkt

(Fachrichtung, Zusatzbezeichnungen)

Spektrum

(z.B. Belastungs-EKG, Sonographie, Spirometrie, kleine Chirurgie, Versorgung von Kindern, DMP, Patientenschulung etc.)

Besonderheiten

(z.B. Weiterbildungsbefugnis für x Mo; Teilzeitmodelle, HZV-Teilnahme, Teilnahme an Qualitätszirkeln etc.)

Struktur

(z.B. X Ärzte, Facharztbezeichnungen, Vollzeit/Teilzeit, X MfAs, davon VERAH, NÄPa)