An:

**VBG - Ihre gesetzliche Unfallversicherung**
Versicherung und Leistungen
Massaquoipassage 1
22305 Hamburg

# Antrag auf Beteiligung am M-Arzt-Verfahren der VBG

☐ in freier Praxis ☐ in Praxisgemeinschaft ☐ in Gemeinschaftspraxis mit_____

**Hiermit beantrage ich,**

_____,

**(Titel, Name, Vorname)**

**ärztlich tätig in / im**

_____

_____

_____,

**(Praxis- / Klinikanschrift)**

**am Mannschaftsarztverfahren der VBG beteiligt zu werden.**

**Ich war/bin bereits beteiligt am**

☐ D-Arzt-Verfahren von _____ bis_____

☐ H-Arzt-Verfahren von _____ bis_____

**Fachliche Voraussetzungen**

(Urkunden bitte in Fotokopie beifügen)

Ich bestätige hiermit, dass ich die Facharztbezeichnung

☐ Orthopädie und Unfallchirurgie seit _____

☐ Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie seit _____

☐ Orthopädie seit _____

führe oder

☐ in meiner Zeit der ärztlichen Tätigkeit nach der Approbation eine mindestens zweijährige unfallmedizinsche Tätigkeit in einer mit einem Durchgangsarzt besetzten Krankenhausabteilung ausgeübt habe.

Darüber hinaus

☐ habe ich am _____ die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ erlangt

oder

☐ werde bis zum _____ die Zusatzqualifikation „Sportmedizin“ erlangt haben.

Ich verfüge über

☐ mindestens drei Jahre Erfahrung in sportmedizinischer Diagnostik und der Therapie von Sportverletzungen (anrechenbar sind Zeiten vor der Approbation und die Zeiten der Zusatz-Weiterbildung „Sportmedizin“),

☐ eingehende Erfahrungen in der für die Unfallversicherungsträger erforderlichen Dokumentation und Berichterstattung

sowie

☐ Fachkunde im Strahlenschutz in der medizinischen Röntgendiagnostik.

Tätigkeit, für die eine Beteiligung am M-Arzt-Verfahren beantragt wird:

Niedergelassen als _____ seit _____,

tätig als _____ im _____ Krankenhaus in _____

**Ärztlicher Werdegang nach der Approbation** (Zeugnisse bitte lückenlos in Kopie beifügen)

| von | bis | ausgeübte Tätigkeit | Abteilung / Station | Besetzt mit D-Arzt ? (Wenn ja, Name) | Klinik /Praxis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**Ausstattung der Praxis / Ambulanz**

☐ Es ist mindestens eine medizinische Assistenzkraft verfügbar.

Die Praxis / Klinik verfügt über

☐ mindestens einen Warteraum,

☐ mindestens einen Behandlungsraum,

☐ mindestens zwei Eingriffsräume für invasive Eingriffe, getrennt für Eingriffe bestimmten Kontaminationsgrades,

☐ normentsprechende Sterilisationsmöglichkeiten, ggf. auch extern,

☐ ausreichende Ausstattung mit Instrumenten für die Behandlung von Unfallverletzten,

☐ ausreichende Einrichtungen zur datenschutzgerechten Archivierung,

☐ eine Röntgenanlage mindestens der Anwendungsklasse II der Röntgen-Apparate-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in ihrer jeweils gültigen Fassung.

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und willige ein, diese jederzeit durch die VBG überprüfen zu lassen.**

_____ _____

**Ort, Datum** **Unterschrift, Stempel**

**Sonstige Bemerkungen**

# Benennung als M-Arzt

**Vorbehaltlich der Zulassung durch die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) wird Frau / Herr**

_____ (Titel, Name, Vorname)

_____ (Praxis- / Klinikanschrift)

_____

_____

**durch die / den**

_____ (Name des Sportvereins)

_____ (VBG-Mitgliedsnummer)

_____ (Anschrift)

_____

**vertreten durch**

_____ (Name, Vorname, Funktion d. Vereinsbevollmächtigten)

als Mannschaftsarzt im Sinne der M-Arzt-Anforderungen der VBG benannt. Mit der Benennung kommen M-Arzt und Sportverein überein, die Präventionsvorgaben der VBG in ihrer jeweils gültigen Fassung für alle Sportler(innen) folgender Mannschaft(en) umzusetzen:

_____ (Sportart, Bezeichnung, Spielklasse)

_____

_____ _____

**Ort, Datum, Unterschrift des benannten M-Arztes** **Ort, Datum, Unterschrift d. Vereinsbevollmächtigten**