

Kooperationspartner

KWBW Verbundweiterbildung^{plus}



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

Für die angegebenen Informationen ist ausschließlich der Kooperationspartner verantwortlich.

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)