

# Kooperationspartner KWBW Verbundweiterbildung<sup>plus</sup>



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

# Kooperationspartner

## KWBW Verbundweiterbildung<sup>plus</sup>



### 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)