

# 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>	

Für die angegebenen Informationen ist ausschließlich der Kooperationspartner verantwortlich.

# 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)