

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)