



**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum
Facharzt für Allgemeinchirurgie**

- in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen
- keine Zirka-Angaben verwenden
- Erläuterungen: Die Weiterbildungsermächtigung wird in der Regel ab Datum der Antragstellung erteilt.
Im Falle einer gemeinsamen Ermächtigung muss von dem betreffenden Kollegen die Antragstellung gleichzeitig erfolgen.

A. Allgemeines

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

E-Mail (dienstlich): _____

Telefon (dienstlich): _____

Privatanschrift

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Tel.: _____

Anschrift/en der zukünftigen Weiterbildungsstätte/n

Name _____ Name _____

Abt. _____ Abt. _____

Straße _____ Straße _____

PLZ/Ort _____ PLZ/Ort _____

Name _____

Abt. _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Vollzeittätigkeit: ja nein * Teilzeittätigkeit: ja nein * Anzahl der Stunden / Woche: _____

niedergelassen/angestellt MVZ seit: _____ als: _____

Wenn in MVZ – Leiter des MVZ: _____

- * Zutreffendes ankreuzen

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung ja nein *

Wenn ja, mit wem: _____

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Facharztanerkennung
(wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____

_____ seit _____

Teilgebietsanerkennung
(wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

Anerkennung einer Fachkunde nach RÖV ja nein *

Bitte benennen Sie namentlich für die folgenden Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik jeweils einen entsprechend qualifizierten Arzt, der für das jeweilige Anwendungsgebiet verantwortlich zeichnet.

Untersuchungen bei chirurgischen Erkrankungen und Verletzungen

Untersuchungen des Abdomens und Retroperitoneum

Untersuchungen der Urogenitalorgane

Eigene Erfahrungen in der Endoskopie ja nein *

Seit wann darin praktisch tätig? (bitte nähere Angaben)

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

- * Zutreffendes ankreuzen

D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl der allgemeinchirurgischen Klinik/Abteilung _____

| | | Bettenzahl | Leiter |
|---|---|------------|--------|
| Allgemeinchirurgische Struktureinheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | _____ | _____ |
| Gefäßchirurgische Struktureinheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | _____ | _____ |
| Herzchirurgische Struktureinheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | _____ | _____ |
| Kinderchirurgische Struktureinheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | _____ | _____ |
| Orthopäd. u. Unfallchirurgische Struktureinheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | _____ | _____ |
| Plastisch-Chirurgische Struktureinheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | _____ | _____ |
| Thoraxchirurgische Struktureinheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | _____ | _____ |
| Viszeralchirurgische Struktureinheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | _____ | _____ |
| Sonstige: | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |

Fachambulanz

welche: _____ Leiter _____
 _____ Leiter _____
 _____ Leiter _____

Intensivabteilung

a) Zentrale Intensivabteilung ja nein * Leiter _____

Gesamtbettenzahl _____ Zahl der Dauerbeatmungsplätze _____

Zahl der chirurgisch genutzten intensivtherapeutischen Betten _____

b) Chirurgische Intensivabteilung ja nein * Leiter _____

Gesamtbettenzahl _____ Zahl der Dauerbeatmungsplätze _____

Ist die Möglichkeit der Dialyse gegeben? ja nein * Anzahl der Plätze _____

Niederlassung

Beschreibung der Praxis als **Anlage 2** beifügen, mit Skizze des Grundrisses und Benennung der einzelnen Räume in DIN A4 Größe

- * Zutreffendes ankreuzen

E. Notfallaufnahme

Leiter _____

Durchgeführte Erstuntersuchungen/Erstbehandlungen pro Jahr _____

Akutkrankenhaus ja nein ***F. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/Niederlassung****1. Zahl der Ärzte**

Oberärzte _____ Stationsärzte _____

Praxisärzte _____ Weiterbildungsassistenten _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Krankenschwestern/Pfleger _____

Arzthelferinnen/MFA _____

Sonstiges Assistenzpersonal _____

G. Statistische Angaben (siehe Teil 2)**H. Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (siehe Teil 2)****I. Sonstige Einrichtungen****Operationstrakt der gesamten Klinik**

Zahl der betriebenen Operationssäle _____

davon aseptisch _____ septisch _____

Zahl der Operationstische _____

davon aseptisch _____ septisch _____

Wer leitet das D-Arzt-Verfahren? _____

Jährliche Fallzahl _____

RöntgenEigene Abteilung ja nein *

Leiter _____

Zentrale Röntgen-Abteilung ja nein *

Leiter _____

- * Zutreffendes ankreuzen

Konventionelle Röntgendiagnostik verfügbar ja nein *

CT verfügbar ja nein *

MRT verfügbar ja nein *

Sonographie ja nein *

Wo _____

Interventionelle Sonographie ja nein *

Endoskopie ja nein *

Wo _____

Pathologie am Haus vorhanden ja nein *

Leiter _____

Wenn nicht, wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt und wer zeichnet dafür verantwortlich?

Labor im Haus vorhanden ja nein *

Leiter _____

Blutgasanalysen ja nein *

Elektrolytbestimmungen ja nein *

Enzymbestimmungen ja nein *

Bestimmung der Gerinnungsparameter ja nein *

Bestimmung von Spurenelementen ja nein *

Bestimmung von Tumormarkern ja nein *

Liquoruntersuchungen ja nein *

Physiotherapie/Arbeitstherapie im Haus vorhanden ja nein *

Art der Behandlungen _____

J. Zahl der eigenen wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich) (siehe Teil 2)

- * Zutreffendes ankreuzen

K. Weiterbildung

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte hausinterne Fortbildungsveranstaltungen abgehalten?
(ggf. als Anlage beifügen)

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

In welcher Weise erfolgen in der Einrichtung Qualitätskontrollen der medizinischen Betreuungsleistungen (z. B. anlässlich von Röntgenvisiten, klinischen Obduktionen, Todesfall- oder Komplikationsanalysen)?

Welche Weiterbildungsinhalte gemäß den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung können an der Einrichtung nicht vermittelt werden?

L. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung (mindestens 6 Monatsabschnitte) mit Zuordnung der jeweils vermittelbaren Inhalte.

M. Vertretung (nur bei stationärer Weiterbildung)

Wer vertritt den ermächtigten Arzt im Fall seiner Verhinderung durch Urlaub, Kongresse oder Krankheit im Rahmen der Weiterbildung? (Name, Gebiet, Ort)

Ist die Absprache mit dem oben genannten Vertreter erfolgt?

ja nein *

- * Zutreffendes ankreuzen

N. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Basisweiterbildung

einschließlich 6 Monate Notfallaufnahme ja nein *

einschließlich 6 Monate Intensivmedizin ja nein *

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Allgemein Chirurgie (Special Trunk)

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Basisweiterbildung

. _____ Monate Allgemein Chirurgie

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die persönliche Weiterbildungsermächtigung vorliegen. Rechtsgrundlage ist die Weiterbildungsordnung für die Ärzte Thüringens § 5.

Gleichzeitig erfolgt die Beantragung der Zulassung als Weiterbildungsstätte

(§ 6 Weiterbildungsordnung für das Land Thüringen vom 14.07.2011):

Gemäß § 1 Gebührenordnung der Landesärztekammer Thüringen wird für die Beantragung der Zulassung als Weiterbildungsstätte eine Gebühr fällig.

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

Haben Sie beigefügt?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beruflicher Werdegang | <input type="checkbox"/> Krankheits- und Leistungsstatistik |
| <input type="checkbox"/> Praxisskizze | <input type="checkbox"/> Weiterbildungsprogramm |

- * Zutreffendes ankreuzen

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

- Bitte keine Zirka-Angaben verwenden
- Bitte reichen Sie Teil 2 für jede Weiterbildungsstätte separat ein.

G. Statistische Angaben**Allgemeinchirurgische Klinik/Abteilung**

Krankendurchgang pro Jahr _____

davon konservativ _____

davon operativ _____

Durchschnittliche Verweildauer _____

Belegung im Berichtsjahr _____

Klinische Konsiliartätigkeit ja nein *

Wo _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

Niederlassung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Zahl der Hausbesuche pro Quartal _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

H. Untersuchungs- und Behandlungsverfahren**Klinik/Abteilung****Eingriffe aus dem Bereich der ambulanten Chirurgie****Welche**

| | Einrichtung | Persönlich |
|-------|-------------|------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

- * Zutreffendes ankreuzen

Einrichtung

Persönlich

Lokal- und Regionalanästhesien**Welche**

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik**Welche**

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Punktions- und Katheterisierungstechniken**Welche**

Einrichtung

Persönlich

Legen von Drainagen

zentralvenöse Zugänge

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Endoskopie**Welche**

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

- * Zutreffendes ankreuzen

Leistungsstatistik (der letzten 12 Monate)**Operationen im Kopf- und Halsbereich**

| | Einrichtung | Persönlich |
|-----------------|-------------|------------|
| Strumaresektion | _____ | _____ |
| Thyreoidektomie | _____ | _____ |
| Tracheotomie | _____ | _____ |
| Sonstige | | |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Operationen am Thorax

| | | |
|----------------|-------|-------|
| Thorakotomien | _____ | _____ |
| Thoraxdrainage | _____ | _____ |
| Sonstige | | |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Operationen am Abdomen

| | | |
|---------------------------|-------|-------|
| diagnostische Laparotomie | _____ | _____ |
| Abszesslaparotomie | _____ | _____ |
| Ileuslaparotomie | _____ | _____ |

Eingriffe am Magen

| | | |
|--------------------------------|-------|-------|
| orale Magenresektion | _____ | _____ |
| aborale Magenresektion | _____ | _____ |
| Gastrektomie, Restgastrektomie | _____ | _____ |
| Gastroenterostomie | _____ | _____ |

- * Zutreffendes ankreuzen

Einrichtung

Persönlich

Sonstige

laparoskopische Eingriffe am Magen

Eingriffe an den extrahepatischen Gallenwegen

Cholezystektomie

davon laparoskopische Operationen

Choledochusrevision

Hepatiko- bzw. Choledochojejunostomie

Sonstige

Not-Eingriffe an der Leber

Not-Eingriffe an der Milz

Sonstige Eingriffe an Leber und Milz

Eingriffe am Dünndarm

Segmentresektion

Enteroenterostomie

Divertikelabtragung

Sonstige

- * Zutreffendes ankreuzen

| | Einrichtung | Persönlich |
|-------------------------------------|-------------|------------|
| Eingriffe am Kolorektum | | |
| Appendektomie | _____ | _____ |
| davon laparoskopische Operationen | _____ | _____ |
| Rechtshemikolektomie | _____ | _____ |
| Linkshemikolektomie | _____ | _____ |
| Kolonsegmentresektion | _____ | _____ |
| davon laparoskopische Operationen | _____ | _____ |
| vordere Rektumresektion | _____ | _____ |
| abdominosakrale Rektumamputation | _____ | _____ |
| Anus- <i>praeter</i> -Anlage | _____ | _____ |
| Anus- <i>praeter</i> -Rückverlegung | _____ | _____ |
| Sonstige | | |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| Proktologische Operationen | | |
| Hämorrhoidektomie | _____ | _____ |
| Fistulektomie | _____ | _____ |
| transanale Operationen | _____ | _____ |
| Sonstige | | |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| Eingriffe an der Bauchwand | | |
| Leistenherniotomie | _____ | _____ |
| davon laparoskopische Operationen | _____ | _____ |
| Schenkelherniotomie | _____ | _____ |
| Nabelherniotomie | _____ | _____ |
| Narbenherniotomie | _____ | _____ |

- * Zutreffendes ankreuzen

| | Einrichtung | Persönlich |
|----------|-------------|------------|
| Sonstige | | |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Operationen am Stütz- und Bewegungssystem
(ausschließlich der Eingriffe an der Hand)

| | | |
|--------------------------------------|-------|-------|
| Amputation/Exartikulation | _____ | _____ |
| Entfernung von Implantaten | _____ | _____ |
| Entfernung von Weichteilgeschwülsten | _____ | _____ |
| Sehnen- und Bänderrekonstruktion | _____ | _____ |
| Arthroskopie | _____ | _____ |
| Sonstige | | |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

arthroskopische Operationen

| | | |
|----------------|-------|-------|
| Gelenkpunktion | _____ | _____ |
| Sonstige | | |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Osteosynthesen, darunter

| | | |
|-------------------------|-------|-------|
| Marknagelung | _____ | _____ |
| Plattenosteosynthese | _____ | _____ |
| Zuggurtung | _____ | _____ |
| Fixateur-externe-Anlage | _____ | _____ |
| Sonstige | | |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

- * Zutreffendes ankreuzen

Einrichtung

Persönlich

Eingriffe bei Verletzung großer Gelenke oder bei gelenknahen Frakturen

Schenkelhalsfraktur

Femurkondylenfraktur

Tibiakopffraktur

Sprunggelenkfraktur

Schultergelenkfraktur

Ellenbogengelenkfraktur

Sonstige

Operationen am Gefäßsystem

arterielle Embolektomie

venöse Thrombektomie

Varizenoperation

Sonstige

NiederlassungKrankheits- bzw. Diagnosestatistik der letzten 12 Monate (keine Vorgaben) als **Anlage 3** beifügen.**J. Zahl der eigenen wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich)** __________
Ort/Datum_____
Unterschrift/Stempel

- * Zutreffendes ankreuzen

Anlage 4

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- **Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt Allgemein Chirurgie**
- **Dieses Programm ist dem Weiterzubildenden auszuhändigen.**

Weiterbildungsleiter:

Name _____

Einrichtung _____

Abt. _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Weiterbildungsprogramm (Ablauf/Rotationsplanung):

Inhaltliche Gliederung

ggf. Angaben zum Zeitraum, in dem die jeweiligen Inhalte vermittelt werden

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

- * Zutreffendes ankreuzen

Allgemeinchirurgie