



**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur  
Weiterbildung zum Facharzt Anatomie**

- 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 \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
(wird von LÄK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Teilgebietsanerkennung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
(wird von LÄK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen  
(wird von LÄK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

## C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

## D. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

### 1. Zahl der Ärzte

Oberärzte \_\_\_\_\_ davon mit Gebietsanerkennung \_\_\_\_\_

Assistenzärzte \_\_\_\_\_ davon mit Gebietsanerkennung \_\_\_\_\_

### 2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

MTA \_\_\_\_\_ Laborhelfer/-innen \_\_\_\_\_

Sonstige nichtärztliche Mitarbeiter \_\_\_\_\_

## E. Statistische Angaben

Durchschnittliche Studentenzahl pro Erstsemester \_\_\_\_\_

## F. Lehrleistung

Lehrender bei Präparierkursen \_\_\_\_\_

Lehrender bei Histologiekursen \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Leiter von Seminaren \_\_\_\_\_

Gehaltene Vorlesungen \_\_\_\_\_

### G. In der Einrichtung vermittelbare Erkenntnisse und Fertigkeiten

	Bemerkungen
- den grundlegenden wissenschaftlichen Methoden zur Untersuchung morphologisch-medizinischer Fragestellungen, der makroskopischen Anatomie, der mikroskopischen Anatomie und der Embryologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * _____
- Paläontologie, Zyto- und Humangenetik sowie das Leichentransport- und Bestattungswesen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * _____
- der systematischen und topographischen Anatomie einschließlich der Zusammenhänge zwischen Struktur und Funktion sowie der vergleichenden Anatomie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * _____
- der Röntgenanatomie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * _____
- der Embryologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * _____
- der Konservierung und Aufbewahrung von Leichen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * _____
- den makroskopischen Präparationsmethoden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * _____
- der Herstellung, Montage und Pflege von anatomischen Sammlungspräparaten und deren Demonstration	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * _____
- der Histologie einschließlich der Histochemie und der Immunhistochemie mit den einschlägigen Fixations-, Schnitt- und Färbetechniken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * _____
- der Mikroskopie mit den verschiedenen Techniken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * _____
- der Gewebezüchtung und experimentellen Zytologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * _____
- der Makro- und Mikrophotographie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * _____
- der Morphometrie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * _____
- der Technik der Elektronenmikroskopie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * _____

### H. Erstellung wissenschaftlicher Gutachten (jährlich) \_\_\_\_\_

### I. Weiterbildung

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte Fortbildungsveranstaltungen (hausintern, extern, überregional) abgehalten? (ggf. als Anlage beifügen)

ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

---

---

---

Welche Weiterbildungsinhalte gemäß den Richtlinien können an der medizinischen Einrichtung nicht vermittelt werden?

---

---

**J. Weiterbildungsprogramm** (siehe Anlage 2)

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

**K. Bibliothek**

Existiert eine anatomische Lehrsammlung?

ja  nein \*

Wenn ja, bitte Angaben dazu:

---

---

---

**L. Vertretung** (nur bei stationärer Weiterbildung)

Welcher Kollege ist als Vertreter benannt? (Name, Gebiet, Ort, Einrichtung)

---

---

Ist die Absprache mit dem oben genannten Vertreter erfolgt?

ja  nein \*

**M. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Anatomie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Anatomie

\_\_\_\_\_  
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 Abs. 5.

\* Zutreffendes ankreuzen

**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?**

- Beruflicher Werdegang
- Weiterbildungsprogramm

## Anlage 2

### Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- **Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt Anatomie**
- **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