

**Landesärztekammer Thüringen**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40  
07707 JenaTelefon: 03641 614-124  
Fax: 03641 614-129  
Internet: www.laek-thueringen.de  
Email: weiterbildung@laek-thueringen.de

## Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum Facharzt Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- 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

Frauenheilkunde

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 \_\_\_\_\_

### Klinik/Abteilung

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

Untersuchungen einschließlich Endo- und Doppler-Sonographie der weiblichen Urogenitalorgane

\_\_\_\_\_

Sonographische Untersuchungen der Brust

\_\_\_\_\_

Doppler-Sonographie der Brust

\_\_\_\_\_

Untersuchungen einschließlich Endo- und Doppler-Sonographie der utero-plazento-fetalen Einheit (auch im Rahmen der Fehlbildungsdiagnostik)

\_\_\_\_\_

### Niederlassung

Zeichnen Sie für die folgenden Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik verantwortlich?

Untersuchungen einschließlich Endo- und Doppler-Sonographie der weiblichen Urogenitalorgane  ja  nein \*

Sonographische Untersuchungen der Brust  ja  nein \*

Doppler-Sonographie der Brust  ja  nein \*

Untersuchungen einschließlich Endo- und Doppler-Sonographie der utero-plazento-fetalen Einheit (auch im Rahmen der Fehlbildungsdiagnostik)  ja  nein \*

\* Zutreffendes ankreuzen

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

### D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

#### Klinik/Abteilung

Gesamtzahl der Betten	_____	Zahl der Abteilungen	_____
Geburtshilfe	_____ Betten		
Gynäkologie	_____ Betten		
Neugeborene	_____ Betten		
Chirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	Kinderchirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Anästhesie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	Neonatologische Abteilung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Innere Medizin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	HNO	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Urologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	Intensivabteilung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Andere Abteilungen	_____		
	_____		

#### Ausstattung und Angebot

Anzahl der Operationssäle (ausschließlich für Frauenheilkunde und Geburtshilfe)	_____
Gemeinsam mit anderen Abteilungen genutzte Operationssäle	_____
Laserchirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Anzahl der Kreißsäle	_____
Möglichkeit zur Notsectio im Kreißsaal bzw. Sectio-Operationssaal	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Periduralanästhesie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
pH-Meßgerät im Kreißsaal	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Ultraschall      Art der Geräte	_____
	_____

#### Kinderärztliche Versorgung der Neugeborenen

Regelmäßige kinderärztliche Versorgung im Kreißsaal	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Kinderärztlicher Notarzt verfügbar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Möglichkeit zur Neugeborenenversorgung durch die Wöchnerin (rooming in)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *

\* Zutreffendes ankreuzen

Regelmäßige krankengymnastische Versorgung

der operierten Patientinnen

ja  nein \*

der Wöchnerinnen (Rückbildungsgymnastik)

ja  nein \*

Schwangerschaftsgymnastik

ja  nein \*

### Niederlassung

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

Anzahl der Gynäkologischen Stühle \_\_\_\_\_

## E. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

### 1. Zahl der Ärzte

Oberärzte \_\_\_\_\_

Stationsärzte \_\_\_\_\_

Praxisärzte \_\_\_\_\_

Weiterbildungsassistenten \_\_\_\_\_

### 2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Krankenschwestern/-pfleger \_\_\_\_\_

Arzthelferinnen/MFA \_\_\_\_\_

Sonstiges medizinisches Personal \_\_\_\_\_

## F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

## G. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Diagnosestatistik (siehe Teil 2)

## H. Sonstige Einrichtungen

**Röntgenabteilung**

ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt, wenn nicht am eigenen Haus?

\_\_\_\_\_

**Sonographie**

ja  nein \*

Wo \_\_\_\_\_

**Gynäkologische Strahlentherapie** an der Einrichtung

ja  nein \*

Wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt, wenn nicht am eigenen Haus?

\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Unterweisung der Assistenzärzte in der fachgebundenen Strahlentherapie durch

---

Unterweisung der Assistenzärzte im Strahlenschutz durch

---

**Pathologie** an der Einrichtung

ja  nein \*

Leiter

---

Wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt, wenn nicht am eigenen Haus?

---

**Zytologie**

ja  nein \*

Zytologische Untersuchung durch

---

**Labor** an der Einrichtung

ja  nein \*

Leiter

---

Wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt, wenn nicht am eigenen Haus?

---

Möglichkeiten der humangenetischen Beratung

---

---

**Ambulante Weiterbildung**

Wo und wie werden dem Weiterbildungsassistenten ambulante Weiterbildungsinhalte vermittelt?

Organisation und Ablauf einer gynäkologischen Sprechstunde

Bemerkung

---

---

---

Selbständige Durchführung und Befundung von Untersuchungen zur Früherkennung gynäkologischer  
Krebserkrankungen

Bemerkung

---

---

---

\* Zutreffendes ankreuzen

## Gynäkologische Onkologie

Ausführliche Darstellung der Onkologie (Tumorkonsilium, adjuvante Tumorthherapie u. a., ggf. Darstellung der Kooperation (ggf. als Anlage anfügen)

---



---



---



---

Fälle der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Behandlung psychosomatischer Krankheitsbilder aus der Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit den Schwerpunkten „Psychogene Symptombildung“, „Somatopsychische Reaktion“, Balintgruppenarbeit durch selbständige Darstellung und Dokumentation von Fällen

Bemerkung

---



---



---

Diagnostik und Differentialdiagnostik der Schwangerschaft, schwangerschaftsbedingte Erkrankung einschl. der Erkennung von Risikoschwangerschaften bei Patientinnen

Bemerkung

---



---



---

Schwangerenbetreuung, pränatale Diagnostik, Prophylaxe und Behandlung von Schwangerschaftserkrankungen und Komplikationen bei Patientinnen

Bemerkung

---



---



---

Sterilitätsdiagnostik, Beratung und Behandlung sowie Familienplanung und Geburtenregelung

Bemerkung

---



---



---

Diagnostik, Beratung und Behandlung der gynäkologischen Erkrankungen des Kindes und adoleszenten Alters

Bemerkung

---



---

\* Zutreffendes ankreuzen

## Urogynäkologie

Der Vordruck für die urogynäkologische Operationsstatistik der letzten 12 Monate befindet sich in **Teil 2** dieses Antrages.

Messplatz  ja  nein \*

## Sonstige Angaben

Bäderabteilung  ja  nein \* Diätküche  ja  nein \*

## I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (siehe Teil 2)

## J. Weiterbildung

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

ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## K. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 3)

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

## L. 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

**M. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Frauenheilkunde und Geburtshilfe

\_\_\_\_\_  
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.

**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
- Praxisskizze
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Weiterbildungsprogramm



### Anlage 3

**Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):**

- *Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt Frauenheilkunde und Geburtshilfe*
- *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

Frauenheilkunde

**Teil 2**

- Bitte keine Zirka-Angaben verwenden
- Bitte reichen Sie Teil 2 für jede Weiterbildungsstätte separat ein.
- Nur Geburten des eigenen Verantwortungsbereiches aufführen, keine krankenhaus-belegärztliche Sammelstatistik

Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (der letzten 12 Monate)

**F. Statistische Angaben****Klinik/Abteilung**

Behandlungsfälle pro Jahr \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Geburtshilfliche Patientinnen \_\_\_\_\_

Gynäkologische Patientinnen \_\_\_\_\_

Zahl der Hausbesuche pro Quartal \_\_\_\_\_

Belegbetten  ja  nein \* Zahl \_\_\_\_\_

Wo \_\_\_\_\_

**G. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Diagnosestatistik****Klinik/Abteilung**

Die Geburtshilfliche Statistik, Gynäkologische Operationsstatistik sowie Urogynäkologische Operationsstatistik sind nur von klinisch tätigen Ärzten auszufüllen.

**Niederlassung**

Ausdruck nach ICD-10 bitte als Anlage beifügen.

\* Zutreffendes ankreuzen

## 1. Geburtshilfliche Statistik

	persönlich durchgeführt	gesamte Einrichtung
Schwangere	_____	_____
Anzahl der Geburten	_____	_____
Mehrlingsgeburten	_____	_____
Spontangeburt	_____	_____
operative Entbindungen	_____	_____
Frühgeburten		
< 32. SSW	_____	_____
< 37. SSW	_____	_____
Fehlbildungen	_____	_____
BEL		
vaginale Entbindung	_____	_____
primäre Schnittentbindung	_____	_____
sekundäre Schnittentbindung	_____	_____
Vakuumextraktion	_____	_____
Forceps	_____	_____
primäre Schnittentbindungen	_____	_____
sekundäre Schnittentbindungen	_____	_____
Zahl der geburtshilflichen Sonographien		_____
Zahl der geburtshilflichen Dopplersonographien		_____
Zahl der geburtshilflichen Feindiagnostiken		_____
Zahl der ante- und intrapartalen Kardiotokogramme		_____
Teilnahme an der Thüringer Perinatalerhebung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *

\* Zutreffendes ankreuzen

## 2. Gynäkologische Operationsstatistik

	pers. durchgeführt	Gesamtzahl	Anteil von onkologischen Operationen
<b>Abdominale Operationen</b>			
Abdominale Hysterektomie	_____	_____	_____
Eingriffe an den Adnexen	_____	_____	_____
Andere abdominale Eingriffe am Genitale (ohne Kaiserschnitte)	_____	_____	_____
<b>Vaginale Operationen</b>			
Vaginale Hysterektomie	_____	_____	_____
Vaginale Hysterektomie mit Scheidenplastik	_____	_____	_____
Vaginale Scheidenplastik	_____	_____	_____
kleinere Eingriffe an Damm, Vulva, Vagina, Uterus	_____	_____	_____
<b>Radikaloperationen</b>			
mit Lymphknotendissection	_____	_____	_____
Abrasio	_____	_____	_____
Nach- oder Abortausräumung	_____	_____	_____
Schwangerschaftsunterbrechung	_____	_____	_____
Konisation	_____	_____	_____
<b>Laparoskopien</b>			
diagnostisch	_____	_____	_____
therapeutisch	_____	_____	_____
<b>Mamma-Operationen</b>			
Probeexzision offen	_____	_____	_____
Stanzbiopsie	_____	_____	_____
Teilresektion	_____	_____	_____
Ablatio mammae	_____	_____	_____
Andere Brustoperationen	_____	_____	_____
Mikrochirurgische Operationen	_____	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

Sonstige

---



---



---



---



---

### 3. Urogynäkologische Operationsstatistik

	persönlich durchgeführt	gesamte Einrichtung
<b>Harninkontinenzoperationen</b>		
Kolposuspension (Burch u. a.)	<hr/>	<hr/>
TVT	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<b>Beckenboden repair</b>		
vordere und hintere Scheidendamoplastik	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<b>Scheidenstumpffixation</b>		
Amreich-Richter	<hr/>	<hr/>
Abdominale Sakropexie	<hr/>	<hr/>
Richardson	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<b>Paravaginaler Defekt repair</b>		
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

\* Zutreffendes ankreuzen

weitere Eingriffe:	persönlich durchgeführt	gesamte Einrichtung
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**4. Weitere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

Anzahl (letzte 12 Monate)

Kolposkopien	_____
Anfertigung von zytologischen Abstrichpräparaten	_____
Hysteroskopien	_____
Urethrozystoskopien	_____
Weitere: _____	_____
_____	_____
_____	_____

**Sonographie**

Endosonographie der weiblichen Urogenitalorgane sowie der utero-plazento-fetalen Einheit	_____
Dopplersonographie der weiblichen Urogenitalorgane sowie der utero-plazento-fetalen Einheit	_____
Sonografie der Brust	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten** (jährlich) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

\* Zutreffendes ankreuzen