



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

- 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)

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 des Schädels

\_\_\_\_\_

Untersuchungen des Halses

\_\_\_\_\_

Untersuchungen des Thorax

\_\_\_\_\_

Untersuchungen des Abdomens und Retroperitonealraumes

\_\_\_\_\_

Untersuchungen der Urogenitalorgane

\_\_\_\_\_

Untersuchungen der Weichteile

\_\_\_\_\_

Untersuchungen des Skeletts

\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

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

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

**Klinik/Abteilung**

Gesamtbettenzahl der Kinderchirurgischen 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 *	_____	_____
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:		_____	_____
		_____	_____

Anästhesiologische Klinik/Abteilung/Praxis                      Anzahl der Betten                      \_\_\_\_\_

Leiter                      \_\_\_\_\_

Ausschließlich kinderanästhesiologische tätiger/e Arzt/Ärzte?                       ja  nein \*

**Intensivmedizin**

a) Zentrale Intensivabteilung                       ja  nein \*                      Leiter \_\_\_\_\_

b) Kinderchirurgische Intensivabteilung                       ja  nein \*                      Leiter \_\_\_\_\_

c) Interdisziplinäre Intensivabteilung                       ja  nein \*                      Leiter \_\_\_\_\_

Zahl d. kinderchirurgischen Betten (im KH-Bettenplan ausgewiesen)	Gesamtbettenzahl	Zahl der Dauerbeatmungsplätze
a) _____	_____	_____
b) _____	_____	_____
c) _____	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

Zahl der Herz-Lungen-Wiederbelebungen (der letzten 12 Monate) \_\_\_\_\_

davon mit endotrachealer Intubation und elektrischer Defibrillation \_\_\_\_\_

**Krankheitsspektrum** (als Anlage 2 beifügen)

### Niederlassung

Beschreibung der Praxis: als **Anlage 3** beifügen, mit Skizze des Grundrisses und Benennung der einzelnen Räume in DIN A4 Größe

## E. Notfallaufnahme

Akutkrankenhaus  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Durchgeführte Erstuntersuchungen/Erstbehandlungen pro Jahr \_\_\_\_\_

## F. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/Praxis

### 1. Zahl der Ärzte

Oberärzte \_\_\_\_\_ Stationsärzte \_\_\_\_\_

Praxisärzte \_\_\_\_\_ Weiterbildungsassistenten \_\_\_\_\_

Operativ tätige Belegärzte \_\_\_\_\_

### 2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

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

davon Säuglings- und Kinderkrankenschwestern/-pfleger \_\_\_\_\_

Arzthelferinnen/MFA \_\_\_\_\_ Pädagogischer Mitarbeiter \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

## G. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

## H. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe Teil 2)

## I. Sonstige Einrichtungen

### Operationsräume

Zahl der betriebenen Operationssäle \_\_\_\_\_

davon aseptisch \_\_\_\_\_

septisch \_\_\_\_\_

Zahl der Operationstische \_\_\_\_\_

Eigener Unfall-OP  ja  nein \*

Eigener Kinder-OP  ja  nein \*

\* Zutreffendes ankreuzen

Kinderchirurgie

**Röntgen**

Zentrale Röntgenabteilung  ja  nein \* Leiter \_\_\_\_\_

Eigene Röntgenabteilung  ja  nein \* Leiter \_\_\_\_\_

MRT  ja  nein \* Röntgenbildwandlerkette (BWV)  ja  nein \*

CT  ja  nein \* Nuklearmedizinische Diagnostik  ja  nein \*

DSA  ja  nein \*

**Sonographie**  ja  nein \*

Wo \_\_\_\_\_

**Pathologie** am Haus vorhanden  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Labor**  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Jährliche Laborleistungen

Cito-Leistungen  ja  nein \* Blutbank  ja  nein \*

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

\_\_\_\_\_

**Endoskopie**  ja  nein \*

Wo \_\_\_\_\_

**Blutspendedienst** am Ort  ja  nein \*

Möglichkeit der Eigenblutspende  ja  nein \*

Möglichkeit der Verwandtenblutspende  ja  nein \*

wenn nein, wo

\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

**Nachbehandlung**

- Physiotherapie  ja  nein \* Unterwassermassagen  ja  nein \*
- Rehabilitation  ja  nein \* Arbeitstherapie  ja  nein \*
- Psychotherapie  ja  nein \* Logopädie  ja  nein \*

**Werden in der Klinik/Abteilung/Praxis durchgeführt**

- Intensivtherapie  ja  nein \* Schrittmacher (Implantation)  ja  nein \*
- Dialysebehandlung  ja  nein \* Transplantation  ja  nein \*
- Laparoskopie  ja  nein \* Rektoskopie  ja  nein \*
- Zystoskopie  ja  nein \* Leberpunktionen  ja  nein \*
- Lumbalpunktionen  ja  nein \* Gastroskopie  ja  nein \*
- Sind Sie am D-Arzt-Verfahren beteiligt?  ja  nein \*
- Sind Sie am Kindernotfalldienst beteiligt?  ja  nein \*

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

**K. Weiterbildung**

Welche Weiterbildungsinhalte gemäß Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung können an der medizinischen Einrichtung nicht vermittelt werden?

---

---

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

ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

---

---

---

---

---

---

---

---

**L. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)**

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

\* Zutreffendes ankreuzen

### 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 \*

### N. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Basisweiterbildung

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Kinderchirurgie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Basisweiterbildung

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Kinderchirurgie

\_\_\_\_\_  
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
- Krankheitsspektrum
- Praxisskizze
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Weiterbildungsprogramm

\* Zutreffendes ankreuzen

Kinderchirurgie

**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**

**Klinik/Abteilung**

Krankendurchgang pro Jahr \_\_\_\_\_

Verpflegungstage pro Jahr \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Verweildauer (Tage / postoperativ) \_\_\_\_\_

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 Behandlungsmethoden (über den Zeitraum von 5 Jahren)**

**Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_**

<u>Untersuchungen</u>	Anzahl pro Jahr
Doppler- / Duplexsonographie des Schädels	_____
Doppler- / Duplexsonographie des Halses	_____
Doppler- / Duplexsonographie des Thorax	_____
Doppler- / Duplexsonographie des Abdomens und Retroperitonealraumes	_____
Doppler- / Duplexsonographie der Urogenitalorgane	_____
Doppler- / Duplexsonographie der Weichteile	_____
Doppler- / Duplexsonographie des Skelettes	_____
Endoskopie des Tracheobronchialsystems	_____

\* Zutreffendes ankreuzen



Endoskopie des Thorax	_____
Endoskopie des Magen-, Darm- und Urogenitaltraktes	_____
weitere	
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Behandlungsmethoden**

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	Persönlich
<b>Eingriffe im Kopf- und Halsbereich</b>		
Trepanation	_____	_____
ventrikuläre Liquorableitung	_____	_____
Osteoplastik bei Kraniosynostose	_____	_____
Thyreoidektomie	_____	_____
Korrektur von Kiemengangsanomalien	_____	_____
ösophago-tracheale Fistel	_____	_____
muskulärer Schiefhals	_____	_____
Tumorresektion	_____	_____
sonstige		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>Eingriffe an Brustwand und Brusthöhle</b>		
Korrekturen von Fehlbildungen	_____	_____
Erkrankungen und Verletzungen		
der Brustwand	_____	_____
des Mediastinums	_____	_____
des Tracheobronchialsystems	_____	_____
der Lunge	_____	_____
des Oesophagus	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	Persönlich
Resektion		
äußerer Tumore	_____	_____
mediastinaler Tumore	_____	_____
pulmonaler Tumore	_____	_____
sonstige		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Eingriffe an Bauchwand, Bauchhöhle und Retroperitoneum**

***Offene chirurgische und laparoskopische Eingriffe***

bei kindlichen Tumoren	_____	_____
bei Erkrankungen und Fehlbildungen		
der Bauchwand	_____	_____
des Abdomens	_____	_____
im Retroperitonealraum	_____	_____
am Anorektum	_____	_____
sonstige		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

***Eingriffe am Oberbauch***

Magen	_____	_____
Pylorus	_____	_____
Zwerchfell	_____	_____
Leber	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

durchgeführte Eingriffe

	Einrichtung	Persönlich
extrahepatische Gallenwege	_____	_____
gastroösophagealem Reflux	_____	_____
sonstige		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Eingriffe an Dünn- und Dickdarm einschließlich Rektum**

Eingriffe bei Säuglingen	_____	_____
Atresien und andere Fehlbildungen	_____	_____
entzündliche Erkrankungen	_____	_____
Ileus	_____	_____
Anus praeter naturalis	_____	_____

***Appendektomie***

_____	_____
-------	-------

***Hernien***

davon bei Säuglingen	_____	_____
sonstige		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Eingriffe am Urogenitaltrakt**

Korrekturen von Fehlbildungen der Nieren	_____	_____
ableitende Harnwege des inneren Urogenitaltrakts	_____	_____
ableitende Harnwege des äußeren Urogenitaltrakts	_____	_____
Verletzungen der Genitale	_____	_____
Tumorsektion	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	Persönlich
sonstige		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>Eingriffe am Gefäß-, Nerven- und Lymphsystem</b>		
Eingriffe bei Fehlbildungen	_____	_____
davon Dysraphie	_____	_____
Eingriffe bei Verletzungen	_____	_____
Eingriffe bei Tumoren	_____	_____
Shunt-Anlage	_____	_____
Port-Implantation	_____	_____
sonstige		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>Eingriffe am Stütz- und Bewegungssystem</b>		
<b><i>Frakturen der langen Röhrenknochen</i></b>		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b><i>Eingriffe bei Verletzung großer Gelenke oder bei gelenknahen Frakturen</i></b>		
Schenkelhalsfraktur	_____	_____
Femurkondylenfraktur	_____	_____
Tibiakopffraktur	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	Persönlich
Sprunggelenkfraktur	_____	_____
Schultergelenkfraktur	_____	_____
Ellenbogengelenkfraktur	_____	_____
sonstige		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>Versorgung ausgedehnter Weichteilverletzungen</b>	_____	_____
<b>Weitere Eingriffe</b>		
Eingriffe bei Knochen-, Weichteil- und Gelenkinfektionen	_____	_____
Sehnen- und Nervennähte	_____	_____
Amputation	_____	_____
Arthrotomie	_____	_____
Osteotomie	_____	_____
Spongiosaplastik	_____	_____
Tumorsektion	_____	_____
Osteosynthesen-Materialentfernung	_____	_____
<b><i>Eingriffe an der Hand</i></b>		
Osteosynthese	_____	_____
Sehnenrekonstruktion	_____	_____
Narbenkorrektur	_____	_____
<b><i>Plastisch-rekonstruktive Eingriffe</i></b>		
Zwerchfellplastiken	_____	_____
Hautplastiken	_____	_____
Muskelplastiken	_____	_____
Sehnenplastiken	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	Persönlich
Knorpelplastiken	_____	_____
Fehlbildungen, kongenitale Defekte und Defektverletzungen an		
Kopf	_____	_____
Hals	_____	_____
Brustwand	_____	_____
Rumpf	_____	_____
Extremitäten	_____	_____
sonstige		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

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

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

## Anlage 4

### Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

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

Kinderchirurgie