

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 für Laboratoriumsmedizin

- 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

Laboratoriumsmedizin

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 _____

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

Detailangaben zur eigenen ärztlichen Weiterbildung und der anschließenden laborärztlichen Tätigkeit

D. Patientenversorgung (für klinisch tätige Ärzte: Bettenzahlen angeben
für niedergelassene Ärzte: versorgte Gebiete ankreuzen)

Konservative Abteilungen	<input type="checkbox"/>	_____	Gesamtbettenzahl
Innere Medizin / Gesamte Innere Medizin	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
fachspezifische Intensiveinheit	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Angiologie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Kardiologie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Nephrologie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Pneumologie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	_____	Betten

* Zutreffendes ankreuzen

Neurologie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Operative Abteilungen	<input type="checkbox"/>	_____	Gesamtbettenzahl
Allgemeine Chirurgie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Kinderchirurgie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Thoraxchirurgie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Visceralchirurgie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Urologie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
HNO	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Intensivmedizin	<input type="checkbox"/>	_____	Betten
Sonstige		_____	Betten
		_____	Betten
Patienten pro Jahr		_____	Anzahl

E. Personelle Besetzung des Laboratoriums / der Praxis

1. Zahl der Ärzte

Oberärzte	_____	davon mit Gebietsanerkennung	_____
Praxisärzte	_____	davon mit Gebietsanerkennung	_____
Weiterbildungsassistenten	_____	davon mit Gebietsanerkennung	_____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

MTA's	_____	CTA's	_____
Arzthelferinnen/MFA	_____	Laborhelferinnen	_____
Sonstiges Hilfspersonal	_____		

* Zutreffendes ankreuzen

3. Zahl des EDV-Personals

Programmierer _____ Operatoren _____

4. Sonstige Berufsgruppen

Welche	Anzahl
_____	_____
_____	_____
_____	_____

F. Statistische Angaben (Zahl der Befunde im letzten Jahr)

Stationär (für Krankenhäuser) _____ Praxis _____

Ambulant (für Krankenhäuser) _____ Funktionsprüfungen _____

G. Laboratoriums- /Praxiseinrichtungen

Beschreibung d. Räume (möglichst mit Grundriss in A4-Größe) u. Angaben zum Labor (apparative Ausstattung, Methodenspektrum, EDV-Organisation, Organisation d. laborärztl. Validierung / Befundung) als **Anlage 2** beifügen

H. Hämatologie und Zytologie (hämatologische Zelldifferenzierung; Einzelheiten als **Anlage 3** beifügen)**Hämatologie**

Anzahl der Untersuchungsparameter _____

Anzahl der Befunde pro Jahr _____

Hämatologische Untersuchungsverfahren _____

Anzahl der Untersuchungsverfahren _____

Zytologie

Anzahl der Untersuchungsparameter _____

Anzahl der Befunde pro Jahr _____

Zytologische Untersuchungsverfahren _____

I. Gerinnungsuntersuchungen (Einzelheiten als **Anlage 4** beifügen)

Anzahl der Untersuchungsparameter _____

Anzahl der Befunde pro Jahr _____

Anzahl der Untersuchungsverfahren _____

* Zutreffendes ankreuzen

J. Medizinische Immunologie (Einzelheiten als **Anlage 5** beifügen)**Infektionserologie**

Anzahl der Untersuchungsparameter _____

Anzahl der Befunde pro Jahr _____

Anzahl der Untersuchungsverfahren _____

Humorale Immunreaktion und Allergologie

Anzahl der Untersuchungsparameter _____

Anzahl der Befunde pro Jahr _____

Anzahl der Untersuchungsverfahren _____

Zelluläre Immunaktivität

Anzahl der Untersuchungsparameter _____

Anzahl der Befunde pro Jahr _____

Anzahl der Untersuchungsverfahren _____

Blutgruppenserologie

Anzahl der Untersuchungsparameter _____

Anzahl der Befunde pro Jahr _____

Anzahl der Untersuchungsverfahren _____

K. Medizinische Mikrobiologie (Einzelheiten als **Anlage 6** beifügen)**Bakteriologie**

Anzahl der Untersuchungsparameter _____

Anzahl der Befunde pro Jahr _____

Anzahl der Untersuchungsverfahren _____

Virologie

Anzahl der Untersuchungsparameter _____

Anzahl der Befunde pro Jahr _____

Anzahl der Untersuchungsverfahren _____

* Zutreffendes ankreuzen

Mykologie

Anzahl der Untersuchungsparameter _____

Anzahl der Befunde pro Jahr _____

Anzahl der Untersuchungsverfahren _____

Parasitologie

Anzahl der Untersuchungsparameter _____

Anzahl der Befunde pro Jahr _____

Anzahl der Untersuchungsverfahren _____

L. Klinische Chemie (und klinische Biochemie) (Einzelheiten als **Anlage 7** beifügen)**Klinische Chemie**

Anzahl der Untersuchungsparameter _____

Anzahl der Befunde pro Jahr _____

Anzahl der Untersuchungsverfahren _____

M. Toxikologie, einschließlich Medikamentenkonzentrationsbestimmung(Einzelheiten als **Anlage 8** beifügen)

Anzahl der Untersuchungsparameter _____

Anzahl der Befunde pro Jahr _____

Anzahl der Untersuchungsverfahren _____

N. Funktionsprüfungen (Einzelheiten als **Anlage 9** beifügen)

Anzahl der Funktionsprüfungen pro Jahr _____

Anzahl der Funktionsprüfungsverfahren _____

O. Durchführung diagnostischer Eingriffe (ggf. Einzelheiten als Anlage beifügen)

Diagnostischer Eingriff	Anzahl pro Jahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

P. Sonstige unter Abschnitt H. bis P. nicht aufgeführte Untersuchungen

(ggf. Einzelheiten als Anlage beifügen)

Untersuchung	Anzahl pro Jahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Q. Ärztliche Laboratoriumsbefunderhebung - Kenntnis- und Fertigkeitsvermittlung

(ggf. Einzelheiten als Anlage beifügen)

- über den diagnostischen Nutzen von Laboratoriumsuntersuchungen bzw. Indikationsstellung ja nein *
- Beratung ja nein *
- Methodenprüfung ja nein *
- Geräteprüfung ja nein *
- Sicherungsverfahren für eine kontinuierliche Informationsübertragung ja nein *
- Zuverlässigkeitskontrollen ja nein *
- Plausibilitätskontrollen ja nein *
- Auswertung der Befunde ja nein *
- Befunddokumentation und Befundpräsentation z. B. im Rahmen der Datenverarbeitung ja nein *
- Teilnahme an externen Ringversuchen ja nein *
- Auswertung und Dokumentation der internen Qualitätskontrolle entsprechend der Richtlinien der Bundesärztekammer ja nein *

R. Gesetzeskunde, Strahlenschutz, Seuchengesetz, Unfallverhütung

ja nein * ja nein * ja nein * ja nein *

Einzelheiten über die Vermittlung der Kenntnisse:

S. Weitere Tätigkeiten und Untersuchungen

Nuklearmedizinische Untersuchungen

ja nein *

Ggf. nähere Angaben

* Zutreffendes ankreuzen

Transfusionsmedizinische Tätigkeiten

ja nein *

Ggf. nähere Angaben

Klinische Zytologie

ja nein *

Ggf. nähere Angaben

Untersuchungen im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten

ja nein *

Ggf. nähere Angaben

Wissenschaftliche Untersuchungen

ja nein *

Ggf. nähere Angaben

Vorlesungen, Demonstrationen und Lehrgänge

ja nein *

Ggf. nähere Angaben

T. 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 Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung können an der medizinischen Einrichtungen nicht vermittelt werden?

U. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 10)

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

V. 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 *

W. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Laboratoriumsmedizin

davon 6 Monate in einem mikrobiologischen Labor ja nein *

davon 6 Monate in einem infektionsserologischen Labor ja nein *

davon 6 Monate in einem immunhämатologischen Labor ja nein *

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Laboratoriumsmedizin

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

* Zutreffendes ankreuzen

Laboratoriumsmedizin

Haben Sie beigefügt?

- Beruflicher Werdegang
- Laboratoriums- /Praxiseinrichtungen
- hämatologische Zelldifferenzierung
- Gerinnungsuntersuchungen
- Medizinische Immunologie
- Medizinische Mikrobiologie
- Klinische Chemie
- Toxikologie
- Funktionsprüfungen
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

