



## Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

- 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

Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

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)

## D. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

### 1. Zahl der Ärzte

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

Praxisärzte \_\_\_\_\_ davon mit Gebietsanerkennung \_\_\_\_\_

Weiterbildungsassistenten \_\_\_\_\_ davon mit Gebietsanerkennung \_\_\_\_\_

### 2. Weitere akademische Mitarbeiter

Akademische Mitarbeiter / Fachrichtung	Anzahl
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### 3. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

MTA-Labor \_\_\_\_\_ Sonstiges Personal \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

## E. Laboratoriumseinrichtungen

Beschreibung des Labors/Praxis als Grundriss in A4-Größe sowie Geräteliste als **Anlage 2** beifügen.

## F. Klinische Mikrobiologie

### 1. Welche Klinischen Einrichtungen / Abteilungen werden versorgt?

---



---



---

Fachgebiet	Anzahl der Patienten pro Jahr
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

### 2. Welche Patienten werden ambulant betreut?

Fachgebiet	Anzahl der Patienten pro Jahr
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Sämtliche Zahlenangaben pro Jahr nach GOÄ-Nummer, ggf. Methoden etc. aufgliedern und als **Anlage 3** beifügen.

\* Zutreffendes ankreuzen

Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

**3. Bakteriologie**

Anzahl pro Jahr

Einsendungen

---

**4. Virologie**

Einsendungen (Virus-Isolierungen, Zellkulturen, Virusidentifizierungen, Tierversuche, Sonstige)

---

**5. Mykologie**

Einsendungen (Pilz-Isolierungen, Kulturell, Sonstige)

---

**6. Infektionsserodiagnostische Untersuchungen**

Anzahl pro Jahr

Bakteriologie

---

Virologie

---

Mykologie

---

Parasitologie

---

Sonstige

---

---

---

---

---

---

**7. Infektologische Konsultationen** (ggf. als Anlage beifügen)

Welche Kliniken/Arztpraxen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**G. Krankenhaushygienische Tätigkeiten**

Mikrobiologisch-epidemiologische Untersuchungen

---

Hygienische Untersuchungen

---

Beratungen

---

\* Zutreffendes ankreuzen

### H. Qualitätskontrolle

Teilnahme an Ringversuchen  ja  nein \* Anzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

Welche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### I. Betreiben Sie

- Erreger-Identifizierungen mit kommerziellen Systemen  ja  nein \*
- Tuberkulosedagnostik  ja  nein \*
- Mikroskopische Untersuchungen  ja  nein \*
- Isolierung (Kultur, Tierversuch)  ja  nein \*
- Identifizierung  ja  nein \*
- Empfindlichkeitsprüfung  ja  nein \*
- Virus-Isolierung und -Identifizierung  ja  nein \*
- Stellen Sie Ihre Nährmedien selbst her?  ja  nein \*

Weitere hier relevante Angaben:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### J. Sonstige unter F. bis I. nicht aufgeführte Untersuchungen (ggf. als Anlage beifügen)

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

\* Zutreffendes ankreuzen

**K. Wissenschaftliche Schwerpunkte** (ggf. als Anlage beifügen)

---



---



---



---



---

**L. Demonstrationen, Lehrgänge oder Lehrveranstaltungen**

Welche

---



---



---

**M. Gutachtertätigkeit**

Auf welchen Gebieten

Anzahl pro Jahr

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

**N. 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

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

\* Zutreffendes ankreuzen

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

---



---

### O. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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

### P. Vertretung (nur bei stationärer Weiterbildung)

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

---



---

Ist die Absprache mit dem oben genannten Vertreter erfolgt?

ja  nein \*

### Q. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Mikrobiologie, Virologie u. Infektionsepidemiologie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Mikrobiologie, Virologie u. Infektionsepidemiologie

\_\_\_\_\_  
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  Krankheits- und Leistungsstatistik  
 Weiterbildungsprogramm

\* Zutreffendes ankreuzen

Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

