

Landesärztekammer Thüringen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40
07707 Jena

Telefon: 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 Neurochirurgie**

- 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

Neurochirurgie

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 _____

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

Doppler- / Duplex-Untersuchungen extrakranieller hirnversorgender Gefäße

Doppler- / Duplex-Untersuchungen intrakranieller hirnversorgender Gefäße

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Klinik/Abteilung

Neurochirurgische Klinik/ Abteilung _____ Betten _____

Neurochirurgische Anästhesieabteilung ja nein *

Leiter _____

Zahl der Ärzte _____

* Zutreffendes ankreuzen

Neurochirurgie

Intensivabteilung:

- a) Zentrale Intensivabteilung ja nein * Leiter _____
- b) Neurochirurg. Intensivabteilung ja nein * Leiter _____
- c) Interdisziplinäre Intensivabteilung ja nein * Leiter _____
- Zahl der neurochirurgischen Betten (im KH-Bettenplan ausgewiesen) Gesamtbettenzahl Zahl der Dauerbeatmungsplätze
- a) _____
- b) _____
- c) _____

Ambulanter Bereich:

Werden an der Klinik/Abteilung neurochirurgische Patienten auch ambulant behandelt? ja nein *

Wenn ja, in welcher Form (z. B. Spezialsprechstunde, etc.)?

Niederlassung

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

E. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/Niederlassung**Zahl der Ärzte**

Oberärzte _____ Stationsärzte _____

Praxisärzte _____ Weiterbildungsassistenten _____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)**G. Leistungsstatistik (siehe Teil 2)****H. Sonstige Einrichtungen**

Zahl der neurochirurgisch genutzten Op-Räume _____

* Zutreffendes ankreuzen

Neuroradiologische Tätigkeit ja nein *

Leiter _____

Anerkennung als _____

Pathologie ja nein *

Leiter _____

Wo werden die Untersuchungen durchgeführt, falls keine eigene Pathologie vorhanden ist?

Nachbehandlung

Heilgymnasten (Zahl) _____

Krankengymnastik ja nein * Bewegungsbad ja nein *Massageräume ja nein * Unterwassermassagen ja nein *Rehabilitation ja nein * Ergotherapie ja nein *Elektrotherapie ja nein * Manuelle Therapie ja nein ***I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (siehe Teil 2)****J. Weiterbildung**Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte Fortbildungsveranstaltungen (hausintern, extern) abgehalten? (ggf. als Anlage beifügen) ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

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

* Zutreffendes ankreuzen

Neurochirurgie

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 *

M. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Neurochirurgie

einschließlich 6 Monate intensivmedizinische Versorgung neurochirurgischer Patienten ja nein *

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Neurochirurgie

 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
- Leistungsstatistik
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Neurochirurgie

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

- Bitte keine Zirka-Angaben verwenden
- Bitte reichen Sie Teil 2 für jede Weiterbildungsstätte separat ein.

F. Statistische Angaben**Klinik/Abteilung**

Krankendurchgang pro Jahr _____

Verpflegungstage pro Jahr _____

Durchschnittliche Verweildauer _____

Belegung im Berichtsjahr _____

Klinische Konsiliartätigkeit ja nein *

Wo _____

Niederlassung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Zahl der Hausbesuche pro Quartal _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

G. Leistungsstatistik**Neurochirurgische Eingriffe einschl. minimalinvasiver, stereotaktischer u. endoskopischer Methodik, auch unter Anwendung der Neuronavigation**

<i>Eingriffe an peripheren und vegetativen Nerven</i>	gesamt	davon Kinder
Verlagerung	_____	_____
Naht	_____	_____
Neurolyse	_____	_____
Tumorentfernung	_____	_____
Weitere	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Neurochirurgie

	gesamt	davon Kinder
<i>Eingriffe an der zervikalen, thorakalen und lumbalen Wirbelsäule</i>		
Nervenwurzeldekompression	_____	_____
Wirbelsäulendekompression	_____	_____
Versorgung von Wirbelsäulenverletzungen	_____	_____
Weitere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<i>Eingriffe bei Schädel-Hirn-Verletzungen</i>		
bei intra- und extraduralen Hämatomen	_____	_____
bei Liquorfisteln	_____	_____
bei Impressionsfrakturen	_____	_____
Weitere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<i>Eingriffe bei supra- und infratentoriellen intrazerebralen Prozessen, einschließlich Tumor-Operationen</i>		
_____	_____	_____
<i>Eingriffe bei Schädel-, Hirn- und spinalen Fehlbildungen</i>		
Liquorableitungen	_____	_____
Operationen bei Spaltmissbildungen	_____	_____
Operationen bei Trigeminusneuralgie	_____	_____
Operationen bei Hydrozephalus	_____	_____
Weitere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

	gesamt	davon Kinder
Eingriffe bei Schmerzsyndromen	_____	_____
Endoskopisch gestützte Eingriffe	_____	_____
Diagnostische Eingriffe		
Myelographien	_____	_____
Liquordrainagen (lumbal u. ventrikulär, mit u. ohne Druckmessung)	_____	_____
Biopsien	_____	_____
Weitere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Eingriffe bei sonstigen chirurgischen Maßnahmen		
Eingriffe an extrakraniellen Gefäßen	_____	_____
Tracheotomien	_____	_____
Wundrevision	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Ultraschalluntersuchungen		Anzahl
Doppler- / Duplex-Untersuchungen extrakranieller hirnversorgender Gefäße		_____
Doppler- / Duplex-Untersuchungen intrakranieller hirnversorgender Gefäße		_____
Neurophysiologische Untersuchungen		
EEG		_____
EP (akustisch, sens.)		_____
EMG		_____
EVP		_____
periphere Elektrodiagnostik		_____
* Zutreffendes ankreuzen		

Anzahl

Weitere

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich)

Ort/Datum _____

Unterschrift/Stempel _____

* Zutreffendes ankreuzen

Neurochirurgie

Anlage 3

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

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

Neurochirurgie