

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 Neurologie**

- 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

Neurologie

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.

Doppler- / Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Doppler- / Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Klinik/Abteilung

Neurologische Abteilung Betten _____

Intensivabteilung Betten _____

Innerhalb der eigenen Abteilung ja nein *

Eigenständige Abteilung ja nein *

* Zutreffendes ankreuzen

Neurologie

Mitbetreuung auf interdisziplinären intensivmedizinischen Abteilungen ja nein *

Im Thüringer Krankenhausplan ausgewiesene neurologische Intensivstation ja nein *

Anzahl der neurologischen Intensivüberwachungs- oder Intensivtherapie-Betten _____

Anzahl der Patienten _____

Für wie viele Patienten stehen auf der neurologischen Intensivstation
Beatmungsmöglichkeiten zur Verfügung? _____

Krankheitsspektrum der ITS (ICD-10-Statistik) bitte 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. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

1. Zahl der Ärzte

Oberärzte _____ Stationsärzte _____

Praxisärzte _____ Weiterbildungsassistenten _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Krankenschwestern/-pfleger _____ Altenpfleger/innen _____

Heilerziehungspfleger/innen _____ MTA/Funktionsdiagn., Labor, Röntgen _____

Arzthelferinnen/MFA _____

3. Zahl des sonstigen Assistenzpersonals

Physiotherapeuten _____ Logopäden _____

Ergotherapeuten _____ Psychologen _____

Sozialpädagogen _____ Sozialarbeiter _____

sonstige _____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

G. Leistungs- und Krankheitsstatistik (siehe Teil 2)

* Zutreffendes ankreuzen

H. Sonstige Einrichtungen

Röntgen

Eigene neuroradiologische Abteilung ja nein *

Zentrale Röntgen-Abteilung ja nein *

Leiter _____

Sonographie

ja nein *

Wo _____

Pathologie

ja nein *

Leiter _____

Labor

Zentallabor ja nein *

eigenes Labor ja nein *

Leiter _____

a) Klinische Chemie

ja nein *

Blutspiegelbestimmung von Medikamenten ja nein *

Antiepileptika ja nein *

Welche Antiepileptika

b) Medizinische Mikrobiologie und Immunologie

ja nein *

c) Liquordiagnostik

ja nein *

am Haus

außerhalb

Liquordiagnostik _____

Klinische Chemie _____

Medizinische Mikrobiologie u. Immunologie _____

Zytologie _____

* Zutreffendes ankreuzen

Neurologie

Therapeutische Einrichtungen

a) **Immunadsorption**

ja nein *

ja nein *

b) **Physiotherapie**

ja nein *

ja nein *

Welches Spektrum _____

Anzahl der Behandlungen insgesamt _____

am Haus

außerhalb

c) **Psychologische Diagnostik**

ja nein *

ja nein *

Hirnleistungsdiagnostik

ja nein *

ja nein *

Psychodiagnostik

ja nein *

ja nein *

Sonstige

d) **Ergotherapie**

ja nein *

ja nein *

e) **Logopädie**

ja nein *

ja nein *

f) **Sonstige**

Heilgymnasten (Zahl) _____

Nachbehandlung

ja nein *

Massageräume ja nein *

Unterwassermassagen

ja nein *

Rehabilitation ja nein *

Arbeitstherapie

ja nein *

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

J. Weiterbildung

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

* Zutreffendes ankreuzen

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

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

K. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 5)

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 Neurologie

einschließlich 6 Monate intensivmedizinische Versorgung neurologischer Patienten

ja nein *

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit für _____ Monate Neurologie

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.

* Zutreffendes ankreuzen

Neurologie

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?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beruflicher Werdegang | <input type="checkbox"/> ICD 10-Statistik (Krankheitsspektrum ITS) |
| <input type="checkbox"/> Praxisstizze | <input type="checkbox"/> ICD 10-Statistik (Krankheitsstatistik) |
| <input type="checkbox"/> Leistungsstatistik | |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsprogramm | |

* Zutreffendes ankreuzen

Neurologie

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

Fallzahl pro Jahr _____

Ambulanz ja nein *

neurologisches Patientengut (Zahl) _____

psych. Patientengut (Zahl) _____

Spezialambulanz ja nein *

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 _____

G. Leistungs- und Krankheitsstatistik

Röntgendiagnostik Anzahl

Angiographien _____

Hirndurchblutungsmessungen _____

CT _____

andere Untersuchungen mit radioaktiven Stoffen _____

NMR _____

PET _____

* Zutreffendes ankreuzen

Anzahl

SPECT	_____
Demonstrationen (täglich)	_____
Weitere _____	_____
_____	_____
_____	_____

Neurophysiologie

Elektroenzephalographien	_____
Elektromyographien	_____
Elektroneurographien (einschließlich kortikale Magnetstimulation)	_____
Elektronystagmographien	_____
B-Scan	_____
VEP	_____
AEP	_____
SEP	_____
MEP	_____
EEG-Mapping	_____
Funktionsdiagnostik des autonomen Nervensystems	_____
Funktionsanalysen bei peripheren und zentralen Bewegungsstörungen und Gleichgewichtsstörungen	_____
Funktionsanalysen bei Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen	_____
neuro-otologische Untersuchungen	_____
verhaltensneurologische und neuropsychologische Testverfahren	_____
Weitere _____	_____
_____	_____
_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Anzahl

Sonographie

Doppler- / Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Doppler- / Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße

Weitere Leistungen

Zusätzlich fügen Sie bitte als Krankheitsstatistik einen Ausdruck der ICD-10-Statistik bei.

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich)

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Neurologie

Anlage 5

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

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

Neurologie