



**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum
Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen**

- 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

Öffentliches Gesundheitswesen

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 anfügen)

D. Struktur der Einrichtung

Angaben zum Tätigkeitsbereich

Einrichtung/Behörde: _____ seit _____

Die Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst wird ausgeübt:

- die Gesundheitsämter bei den Landratsämtern und kreisfreien Städten ja nein *
- die Landesgesundheitsbehörden ja nein *
- die Bundesgesundheitsbehörden ja nein *
- die Medizinaluntersuchungsämter ja nein *
- die Gerichtsärztlichen Dienststellen, ja nein *
- die Sozialversicherungsärztlichen Dienststellen, ja nein *
- die Gewerbeärztlichen Dienststellen, ja nein *
- die Arbeitsamtsärztlichen Dienststellen, ja nein *
- der Ärztliche Dienst der Versorgungsverwaltung sowie ja nein *

* Zutreffendes ankreuzen

- weitere Einrichtungen

Welche _____

Die Einrichtung verfügt über folgende Fachbereiche

darunter mit ärztlicher Leitung

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

Zahl der Ärzte in der Einrichtung

davon Ihnen unterstellt

- insgesamt	_____	_____
- mit Gebietsbezeichnung	_____	_____
- mit Gebietsbezeichnung Öffentliches Gesundheitswesen	_____	_____

F. Statistische Angaben

Leistungsstatistik des Vorjahres (ggf. Auszug aus d. Jahresberichterstattung gegenüber d. Träger d. Einrichtung) als **Anlage 2** beifügen

G. Art und Umfang der Tätigkeit auf dem Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen

% Ihrer Tätigkeit

- Amtsärztlicher Dienst	_____
- Medizinalstatistik	_____
- Medizinalaufsicht	_____
- Gutachtertätigkeit (evtl. spezifiziert nach Gutachtenarten als Anlage)	_____
- Arbeitsmedizinische Beratung und Untersuchung	_____
- Reisemedizinische Beratung	_____
- Gesundheitsberichterstattung	_____
- Kommunale Gesundheitsplanung	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Öffentliches Gesundheitswesen

% Ihrer Tätigkeit

- Gesundheitsschutz _____
- Infektionsschutz _____
- Epidemiologie _____
- Kommunalhygiene _____
- Umweltmedizin _____
- Trinkwasserschutz _____
- Gesundheitshilfen _____
- Gesundheitsförderung _____
- Sozialpsychiatrischer Dienst _____
- Tuberkulosefürsorge _____
- Geschlechtskranken- und AIDS-Beratung _____
- Geschwulstkrankenberatung _____
- Schwangeren- und Mütterberatung _____
- Behindertenberatung _____
- Selbsthilfegruppenkontaktstelle _____
- Familienberatung _____
- Psychologische Beratungsstellen _____
- Weitere Beratungsstellen (welche):

- Jugendärztlicher Dienst _____
- Jugendzahnärztlicher Dienst _____
- Jugendarbeitsschutzuntersuchung _____
- Berufsberatung _____

* Zutreffendes ankreuzen

H. Sonstige Einrichtungen

Fachbibliothek ja nein *

Medizinische Dokumentation und Statistik ja nein *

Medizinisch-Klinisches Labor in der Einrichtung ja nein *

oder in Kooperation mit

Röntgeneinrichtung (zum Thoraxröntgen) ja nein *

oder in Kooperation mit

Lungen- und Kreislauffunktionsdiagnostik (EKG, Fahrradergometrie, Spirometrie, Bodyplethysmografie) ja nein *

Weitere Einrichtungen (Audiometrie, Sehprüfung u. a.) ja nein *

welche

Ärztliche Untersuchungsräume ja nein *

I. Weiterbildung

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte Fortbildungsveranstaltungen angeboten?
(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 vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte können in der medizinischen Einrichtung nicht vermittelt werden?

J. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 3)

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

K. Vertretung

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 *

L. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Öffentliches Gesundheitswesen

davon _____ Monate an einem Gesundheitsamt

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Öffentliches Gesundheitswesen

_____ Monate an einem Gesundheitsamt

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 Leistungsstatistik Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Öffentliches Gesundheitswesen

