



---

**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum  
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie**

- 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

Orthopädie und Unfallchirurgie

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung  ja  nein \*

Wenn ja, mit wem: \_\_\_\_\_

## B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Facharztanerkennung  
(wird von LÄK ausgefüllt) \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Teilgebietsanerkennung  
(wird von LÄK ausgefüllt) \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen  
(wird von LÄK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Anerkennung einer Fachkunde nach RöV  ja  nein \*

**Bitte benennen Sie namentlich einen Arzt, der für die Vermittlung der Kenntnisse im Strahlenschutz verantwortlich zeichnet und im Besitz der Fachkunde im Strahlenschutz für die Röntgendiagnostik der nachfolgenden Anwendungsgebiete ist:**

Röntgendiagnostik der Notfalldiagnostik

\_\_\_\_\_

Röntgendiagnostik des Skelettes

\_\_\_\_\_

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

Sonographien der Bewegungsorgane (einschließlich Arthrosonographien)

\_\_\_\_\_

Sonographie der Säuglingshüfte

\_\_\_\_\_

Notfallsonographien der Körperhöhlen

\_\_\_\_\_

**D-Arzt**  ja  nein \* seit \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

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

### D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

#### Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl der Orthopädisch und Unfallchirurgischen Klinik/Abteilung \_\_\_\_\_

		Bettenzahl	Leiter
Allgemeinchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Gefäßchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Herzchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Kinderchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Plastisch-Chirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Thoraxchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Viszeralchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
MKG-chirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Neurochirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Sonstige: _____		_____	_____
_____		_____	_____

Orthopädische Ambulanz  ja  nein \* Leiter \_\_\_\_\_

#### Spezielle Angaben

Behandlung von Kindern  ja  nein \* Wirbelsäulenchirurgie  ja  nein \*

Polytrauma-Management  ja  nein \*

Ist die Klinik/Abteilung zum Verletzungsartenverfahren (§ 6) von den Berufsgenossenschaften zugelassen  ja  nein \*

#### Bereitschaftsdienst

Hat die Klinik/Abteilung Orthopädie / Unfallchirurgie einen eigenen Bereitschaftsdienst?  ja  nein \*

Wenn kein eigener Bereitschaftsdienst besteht, wie ist dann die Bereitschaft abgesichert?

---



---

#### Niederlassung

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

\* Zutreffendes ankreuzen

**E. Notfallaufnahme** ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

**F. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/Niederlassung****1. Zahl der Ärzte**

Oberärzte \_\_\_\_\_ Stationsärzte \_\_\_\_\_

Praxisärzte \_\_\_\_\_ Weiterbildungsassistenten \_\_\_\_\_

**2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals**

Krankenschwestern/-pfleger \_\_\_\_\_

Arzthelfer/-innen/MFA \_\_\_\_\_

Sonstiges Assistenzpersonal \_\_\_\_\_

**G. Statistische Angaben (siehe Teil 2)****H. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe Teil 2)****Klinik/Abteilung**

1. Ist die Versorgung eines Polytraumatisierten bei der Koordination der verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter der Kompetenz des Unfallchirurgen gewährleistet?  ja  nein \*

2. Ist die Kooperation des kompetenten Vertreters anderer Teilgebiete (Neurochirurgie, Viszeralchirurgie etc.) gegeben?  ja  nein \*

**Bitte eine kurze Darstellung der Organisation im Rahmen der Versorgung Polytraumatisierter und der Zusammenarbeit mit anderen Teilgebieten (Neurochirurgie, Viszeralchirurgie) als Anlage beifügen.**

**I. Sonstige Einrichtungen****Operationstrakt**Zentraler Operationstrakt  ja  nein \*

Zahl der betriebenen Operationssäle durch Orthopädie/Unfallchirurgie \_\_\_\_\_

**Röntgen**Zentrale Röntgenabteilung  ja  nein \*Eigene Röntgenabteilung  ja  nein \*CT verfügbar  ja  nein \*MRT verfügbar  ja  nein \*

\* Zutreffendes ankreuzen

**Physikalische Therapie**

ja  nein \*

**Ergotherapie**

ja  nein \*

## **J. Zahl der eigenen wissenschaftlich begründeten Gutachten (siehe Teil 2)**

## **K. Weiterbildung**

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

ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **L. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 3)**

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

## **M. 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 \*

\* Zutreffendes ankreuzen

**N. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Basisweiterbildung

einschließlich 6 Monate Notfallaufnahme  ja  nein \*

einschließlich 6 Monate Intensivmedizin  ja  nein \*

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Orthopädie und Unfallchirurgie (Special Trunk)

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Orthopädie und Unfallchirurgie

\_\_\_\_\_  
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.

**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"/> Weiterbildungsprogramm                 |
| <input type="checkbox"/> Praxisskizze                       | <input type="checkbox"/> Untersuchungs- und Behandlungsmethoden |
| <input type="checkbox"/> Krankheits- bzw. Diagnosestatistik |   |

\* Zutreffendes ankreuzen

**Teil 2**

Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (der letzten 12 Monate)

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

**G. Statistische Angaben (Orthopädie und Unfallchirurgie)****Klinik/Abteilung**

Krankendurchgang pro Jahr \_\_\_\_\_

davon konservativ \_\_\_\_\_

davon operativ \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**H. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden****Klinik/Abteilung**

Einrichtung      Persönlich

sonographische Untersuchungen der Bewegungsorgane \_\_\_\_\_

davon sonographische Untersuchungen der Säuglingshüfte \_\_\_\_\_

davon Notfallsonographien der Körperhöhlen \_\_\_\_\_

Behandlung von Brandverletzungen \_\_\_\_\_

Behandlung von Polytraumatisierten \_\_\_\_\_

Thoraxdrainagen \_\_\_\_\_

Injektions- und Punktionstechniken an Wirbelsäule und Gelenken \_\_\_\_\_

Osteodensitometrie \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Einrichtung

Persönlich

konservative Behandlung von Frakturen, Luxationen und Kontrakturen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstige

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Eingriffe im Bereich des Schultergürtels, des Armes und der Hand

Einrichtung

Persönlich

#### Osteosynthesen Schafffrakturen

intramedulär

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

extramedulär

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fixateur externe

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Gelenk- und gelenknahe Frakturen

Osteosynthesen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arthrodesen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Korrekturosteotomien

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Amputationen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arthroskopien

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

    Schulter

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

    Ellenbogen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

    Handgelenk

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Endoprothesen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

    Schulter

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

    Ellenbogen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

    Handgelenk

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

    Finger

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

**Eingriffe an der Hand**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sonstige

_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Eingriffe im Bereich des Beckens, des Beines und des Fußes**

Osteosynthesen am Becken und Azetabulum

_____	_____
-------	-------

**Osteosynthesen Schafffrakturen**

intramedulär

_____	_____
-------	-------

extramedulär

_____	_____
-------	-------

Fixateur externe

_____	_____
-------	-------

**Gelenk- und gelenknahe Frakturen**

Osteosynthesen

_____	_____
-------	-------

Arthrodesen

_____	_____
-------	-------

Korrekturosteotomien

_____	_____
-------	-------

Amputationen

_____	_____
-------	-------

Arthroskopien

_____	_____
-------	-------

Endoprothesen

_____	_____
-------	-------

Hüftgelenk

_____	_____
-------	-------

primär

_____	_____
-------	-------

Wechseloperationen

_____	_____
-------	-------

Kniegelenk

_____	_____
-------	-------

Hemischlitten

_____	_____
-------	-------

Totale Oberflächenendoprothese

_____	_____
-------	-------

Wechseloperationen

_____	_____
-------	-------

\* Zutreffendes ankreuzen

Einrichtung

Persönlich

**Eingriffe am Fuß**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Sonstige

_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Eingriffe im Bereich der Wirbelsäule**

## differenzierte Eingriffe

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Weitere Eingriffe**

Eingriffe der septischen Knochen- und Gelenkchirurgie sowie bei Weichteilinfektionen

_____	_____
-------	-------

Eingriffe bei ausgedehnten Verletzungen von Weichteilen, Gefäßen, Nerven (incl. Deckung von Haut- und Weichteildefekten, auch mikrochirurgische Verfahren)

_____	_____
-------	-------

Eingriffe bei pathologischen Frakturen sowie Knochen- und Weichteiltumoren

_____	_____
-------	-------

a) benigne

_____	_____
-------	-------

b) maligne

_____	_____
-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

\* Zutreffendes ankreuzen

**Eingriffe am Kind**

	Einrichtung	Persönlich
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Niederlassung**

Bitte Krankheits- bzw. Diagnosestatistik der letzten 12 Monate als Anlage beifügen (keine Vorgaben)

**J. Zahl der eigenen wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

