



## Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum Facharzt für Strahlentherapie

- 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

Strahlentherapie

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 \_\_\_\_\_

Anerkennung einer Fachkunde nach RöV  ja  nein \*

Anerkennung der Fachkunde nach RöV in der  ja  nein \* seit \_\_\_\_\_  
medizinischen Röntgentherapie

Anerkennung der Fachkunde nach StrSchV  ja  nein \* seit \_\_\_\_\_

Welche Anwendungsgebiete:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

## D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Ständig versorgte Klinken/Abteilungen

Bettenzahl

Augenheilkunde \_\_\_\_\_

Chirurgie \_\_\_\_\_

Gynäkologie und Geburtshilfe \_\_\_\_\_

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde \_\_\_\_\_

Haut- und Geschlechtskrankheiten \_\_\_\_\_

Innere Medizin \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Strahlentherapie

	Bettenzahl
Kinder- und Jugendmedizin	_____
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	_____
Neurologie und Psychiatrie	_____
Orthopädie und Unfallchirurgie	_____
Urologie	_____
Sonstige	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Radio-/Onkologische Abteilung**

bzw. Bettenabt. für Strahlenbehandlung inkl. Behandlung mit radioaktiven Isotopen

Bettenzahl

Strahlentherapie	_____
Nuklearmedizin	_____

Stehen dem Antragsteller Betten auf anderen Abteilungen zur Verfügung

ja  nein \*

Wo?

Wie viele?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Vom niedergelassenen Arzt einzureichen:**

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

**E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung**

**1. Zahl der Ärzte**

Ärzte mit Gebietsanerkennung Strahlentherapie, davon	_____
mit Gebietsanerkennung Radiologie	_____
Ärzte ohne Gebietsanerkennung Strahlentherapie, davon	_____
ohne Gebietsanerkennung Radiologie	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

Strahlentherapie

**2. Zahl des Naturwissenschaftlichen Personals**

Wie viele Physiker sind in der Klinik/Abteilung/Praxis tätig? \_\_\_\_\_

Physikalisch-technische Assistenten/Assistentinnen \_\_\_\_\_

Sonstige (z. B. Ingenieure, Mechaniker) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**3. Zahl des Medizinisch-technischen Personals für die Strahlentherapie** \_\_\_\_\_

davon "Fach-MTR für Strahlentherapie" \_\_\_\_\_

**F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)****G. Leistungsstatistik (siehe Teil 2)****H. Strahlentherapeutische Einrichtungen (siehe Anlage 3)****I. Sonstige Einrichtungen****Spezielle Maßnahmen zur Weiterbildung**Regelmäßige tägliche strahlentherapeutische Besprechungen  
(des ärztlichen Leiters oder seines Oberarztes) ja  nein \*

Klinische Visiten

 ja  nein \*Gibt es regelmäßige Besprechungen mit den Kliniken (Tumorkonferenzen),  
bei denen die Weiterbildungsassistenten zugegen sind? ja  nein \*Mit welchen Kliniken \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zusammenarbeit mit einem Pathologischen Institut bzw. Prosektur

a) durch Teilnahme an pathologisch-anatomischen Demonstrationen

 ja  nein \*

b) Konsultationsmöglichkeit bei histologischen Fragestellungen

 ja  nein \*c) Name des Pathologisch-Anatomischen Instituts  
\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Besteht eine wissenschaftliche Sammlung

ja  nein \*

Wenn ja, welcher Art \_\_\_\_\_

## K. Erstellung ausführlich begründeter Gutachten (siehe Teil 2)

## L. Weiterbildung

Wo erfolgt die röntgendiagnostische Weiterbildung?

---



---

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

---



---



---

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

ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Wird der Weiterbildungsassistent zum Unterricht für medizinisches Assistenzpersonal eingesetzt?

ja  nein \*

In welcher Art \_\_\_\_\_

Wissenschaftliche Qualitätskontrolle:

Erfolgt die regelmäßige Teilnahme an wissenschaftlichen Fachtagungen?

ja  nein \*

Werden die eigenen Ergebnisse bei diesen Veranstaltungen vorgestellt?

ja  nein \*

## M. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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

\* Zutreffendes ankreuzen

Strahlentherapie

**N. 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 \*

**O. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für

\_\_\_\_\_ Monate Strahlentherapie

\_\_\_\_\_ Monate stationäre Patientenversorgung

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für

\_\_\_\_\_ Monate Strahlentherapie

\_\_\_\_\_ Monate stationäre Patientenversorgung

\_\_\_\_\_  
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
- Strahlentherapeutische Einrichtungen
- Weiterbildungsprogramm

\* Zutreffendes ankreuzen

Strahlentherapie

**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 stationär \_\_\_\_\_ ambulant \_\_\_\_\_

davon Nachsorge stationär \_\_\_\_\_ ambulant \_\_\_\_\_

Belegung der strahlentherapeutischen Bettenstation im Berichtsjahr (in %) \_\_\_\_\_

Klinische Konsiliartätigkeit  ja   
nein \*

Wo \_\_\_\_\_

Belegbetten  ja  nein \* Zahl \_\_\_\_\_

Wo \_\_\_\_\_

**Niederlassung**

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal \_\_\_\_\_

Zahl der Konsultationen pro Quartal \_\_\_\_\_

Belegbetten  ja  nein \* Zahl \_\_\_\_\_

Wo \_\_\_\_\_

**G. Leistungsstatistik**

Patientenzahl

stationär ambulant

**Neuzugänge an Tumorpatienten**

(Rezidiv- und Metastasenfälle, die im selben Jahr schon bestrahlt wurden, sind als Neuzugänge aufzuführen)

\_\_\_\_\_

Gesamtzahl aller Bestrahlungsfraktionen \_\_\_\_\_

Gesamtzahl der Bestrahlungsfelder (eine Bewegungsbestrahlung zählt als ein Feld) \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

**Bestrahlungsplanungen für perkutane Bestrahlung**

Bestrahlungsplanung einfach:  
konventionelle Einstellungen unter Röntgen-Durchleuchtung am Simulator

Anzahl

\_\_\_\_\_

Bestrahlungsplanung mittel:  
konventionelle Einstellung unter Röntgen-Durchleuchtung auch für  
irreguläre Felder, mit individuellen Blöcken bzw. MLC

\_\_\_\_\_

Bestrahlungsplanung komplex:  
konventionelle 3D-Bestrahlung bzw. nicht-koplanare Felder

\_\_\_\_\_

weitere spezielle Bestrahlungsplanungen:

**Krankheitsstatistik**

Fälle

Mammakarzinome

\_\_\_\_\_

Bronchialkarzinome

\_\_\_\_\_

Prostatakarzinome

\_\_\_\_\_

HNO-Tumore

\_\_\_\_\_

Gynäkologische Tumore

\_\_\_\_\_

Rektumkarzinome

\_\_\_\_\_

Fälle

Hirntumore

\_\_\_\_\_

Oesophagustumore

\_\_\_\_\_

Analkarzinome

\_\_\_\_\_

Knochen- und Weichteiltumore

\_\_\_\_\_

Hauttumore

\_\_\_\_\_

Kindliche Tumore

\_\_\_\_\_

Systemerkrankungen

\_\_\_\_\_

Mb-Hodkin-Lymphom

\_\_\_\_\_

Non-Hodkin-Lymphom

\_\_\_\_\_

Gutartige Erkrankungen

\_\_\_\_\_

Sonstige

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Strahlentherapie



**Besondere Behandlungstechniken**

Anzahl

Ganzkörperbestrahlungen (z. B. zur Knochenmarkskonditionierung)	_____
Ganzhautbestrahlungen	_____
Halbkörperbestrahlungen	_____
Intraoperative Bestrahlungen	_____
Brachytherapie	_____
intracavitär	_____
interstitiell	_____
Moulagentechnik	_____
Sonstige _____	_____
_____	_____
_____	_____

**Behandlungstechniken**

Röntgenweichteiltherapie	_____
Nahbestrahlung	_____
Orthovolttherapie	_____
Linearbeschleuniger	_____
Radioaktive Quellen (Telecurietherapie)	_____
Brachytherapie mit Afterloadingverfahren einschl. dazugehöriger Behandlungsplanung	_____
Brachytherapie ohne Afterloadingverfahren einschl. dazugehöriger Behandlungsplanung	_____
Teletherapie mit Teilchenbeschleunigern	_____

**Weitere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

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

\* Zutreffendes ankreuzen

**K. Erstellung ausführlich begründeter Gutachten** (jährlich) \_\_\_\_\_

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen

Strahlentherapie

## Anlage 3 – Strahlentherapeutische Einrichtungen

Aufstellung über die vorhandene Einrichtung in Strahlentherapie und Nuklearmedizin inklusive wichtigem Zubehör mit Angabe des Anschaffungsjahres

### 1. Strahlentherapeutische Geräte

Gerät/Firma Anschaffungsjahr	Typ	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

#### Zusatzeinrichtung zur Verifikation

Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____

#### Zusatzeinrichtung für irreguläre Felder

Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____

#### Zusatzeinrichtung zur Intensitätsmodulation

Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____

### 2. Bestrahlungsplanung

#### Simulator(en)

Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

Strahlentherapie

Computertomographen

Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Therapieplanungssystem

Ist ein digitales Datennetz vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Ist ein digitales Bildnetz vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**3. Eventuelle andere bildgebende Systeme**

Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**4. Dosimetrie**

Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen

# Anlage 4

## Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

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

Strahlentherapie