



Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum Facharzt für Thoraxchirurgie

- 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

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.**Sonographie der Thoraxorgane (ohne Herz)
_____**C. Beruflicher Werdegang** (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)**D. Struktur der Klinik/Abteilung/Niederlassung****Klinik/Abteilung**

Gesamtzahl der Betten der Klinik/Abteilung für Thoraxchirurgie _____

		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 *	_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Thoraxchirurgie

	Bettenzahl	Leiter
Orthopäd. u. Unfallchirurgische Struktureinheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Plastisch-Chirurgische Struktureinheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Viszeralchirurgische Struktureinheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Sonstige: _____	_____	_____
_____	_____	_____
Anästhesie-Abteilung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Möglichkeit der Intubation mit Doppellumenkatheter		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Möglichkeit der Jet-Ventilation		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Pneumologische Abteilung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Nuklearmedizinische Abteilung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *

Niederlassung

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

E. Notfallaufnahme

Leiter _____

Durchgeführte Erstuntersuchungen/Erstbehandlungen pro Jahr _____

Akutkrankenhaus ja nein *

F. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/Praxis

1. Zahl der Ärzte

Oberärzte _____ Stationsärzte _____

Praxisärzte _____ Weiterbildungsassistenten _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Krankenschwestern/Pfleger _____

Arzthelferinnen/MFA _____

Sonstiges Assistenzpersonal _____

* Zutreffendes ankreuzen

G. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

H. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe Teil 2)

I. Sonstige Einrichtungen

Operationsräume

Anzahl _____

Radiologie

Zentrale Röntgenabteilung ja nein * Leiter _____

Eigene Röntgenabteilung ja nein * Leiter _____

Konventionelle Röntgendiagnostik verfügbar ja nein *

CT verfügbar ja nein *

MRT verfügbar ja nein *

Nuklearmedizinische Untersuchungsmöglichkeit ja nein *

Sonographie ja nein *

Wo _____

Pathologie ja nein *

Leiter _____

Wenn nicht, wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt und wer zeichnet dafür verantwortlich?

Labor am Haus vorhanden ja nein *

Leiter _____

Wenn nicht, wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt und wer zeichnet dafür verantwortlich?

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

K. Weiterbildung

Welche Tagungen und Kongresse werden im Berichtszeitraum besucht?

* Zutreffendes ankreuzen

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

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Anzahl und Themen der eigenen Publikationen im Berichtszeitraum

Wie viele Kollegen haben in Ihrer Einrichtung in den letzten 5 Jahren die Weiterbildung zum Thoraxchirurgen erfolgreich abgeschlossen?

Anzahl _____

Welche Weiterbildungsinhalte gemäß Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung können an der medizinischen 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

Thoraxchirurgie

N. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Basisweiterbildung

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Thoraxchirurgie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Thoraxchirurgie

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
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Thoraxchirurgie

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**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 _____

H. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**Operationen****Brustwand und Mediastinum**

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	persönlich
1. Operationen am Thorax		
Rippenresektionen	_____	_____
Brustbeinresektionen	_____	_____
Thorakoplastiken, Korrektur von Brustbein deformitäten (z. B. Trichterbrust)	_____	_____
Extirpationen von Fremdkörpern	_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	persönlich
Mediastinaltumoren einschließlich des retro- und intrakorakalen Struma	_____	_____
Eingriffe am Oesophagus	_____	_____
Eingriffe an der Trachea	_____	_____
Brustwandstabilisierung bei instabiler Rippenserienfraktur	_____	_____
2. Operationen an der Lunge		
Lungenresektionen bei Lungentumoren insgesamt	_____	_____
davon bei bösartigen Tumoren	_____	_____
- atypische Resektion	_____	_____
- Segmentresektionen	_____	_____
- Lobektomie	_____	_____
- Bilobektomie	_____	_____
- Pneumektomie	_____	_____
- erweiterter Pneumektomie	_____	_____
- bronchoplastische Operationen	_____	_____
Pleurektomien	_____	_____
Dekortikationen	_____	_____
minimal-invasive Eingriffe am / im Thorax	_____	_____
weitere Eingriffe (auch Eingriffe im Rahmen von Polytraumen)	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
3. Videoassistierte thoroskopische Operationen		
atypische Lungenresektionen	_____	_____
Lobektomien	_____	_____
Pleurektomien	_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	persönlich
mediastinale Lymphadenektomien	_____	_____
Mediastinaltumoren	_____	_____
Eingriffe im Oesophagus	_____	_____
Dekortikationen	_____	_____
thorakale Sympathoektomien	_____	_____
Pleuratumoren	_____	_____
4. Interventionelle bronchologische Eingriffe		
Fremdkörperentfernung	_____	_____
endobronchiale Blutstillung	_____	_____
Atemwegsrekanalisation		
- mit Laser	_____	_____
- mit Stent	_____	_____

Weitere Eingriffe

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	persönlich
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

Anzahl pro Jahr

Sonographie der Thoraxorgane (ohne Herz)	_____
Mediastinoskopien	_____
Tracheo-Bronchoskopien	_____
Thorakoskopien	_____
Oesophagoskopie	_____
Pleura- und Lungenpunktionen	_____
Perikardpunktionen	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Anzahl pro Jahr

Thoraxdrainagen

Weitere

J. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich)

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

