

**Landesärztekammer Thüringen**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40  
07707 JenaTelefon: 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 Urologie

- 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

Urologie

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 \_\_\_\_\_

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 die jeweilige Untersuchung verantwortlich zeichnet.**

Sonographie der Urogenitalorgane

\_\_\_\_\_

Sonographie des Abdomens und Retroperitoneum

\_\_\_\_\_

Doppler- / Duplex-Sonographie der Gefäße des Urogenitaltraktes

\_\_\_\_\_

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

## D. Struktur der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl der urologischen Klinik/Abteilung \_\_\_\_\_

davon: Männer \_\_\_\_\_ Frauen \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

Urologische Stationen (welche) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Ambulanz  ja  nein \*

Spezielle Dispensaire-  
Betreuung (welche)

---



---

### Weitere Abteilungen

Bettenzahl

Chirurgie

---

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

---

Kinderheilkunde

---

Anästhesiologie

---

Haut- und Geschlechtskrankheiten

---

Kinderchirurgie

---

Innere Medizin

---

Nephrologie

---

Dialyse

---

Sonstige Spezialabteilungen:

---



---



---



---

Intensivüberwachung

ja  nein \*

Intensivabteilung

ja  nein \*

interdisziplinär

ja  nein \*

chirurgisch

ja  nein \*

internistisch

ja  nein \*

Sonstige

---



---

### Niederlassung

ja  nein \*

Spezielle Dispensaire-  
Betreuung (welche)

---



---

Bitte fügen Sie eine Beschreibung der Praxis als **Anlage 2** bei, mit Skizze des Grundrisses und Benennung der einzelnen Räume in DIN A4 Größe.

\* Zutreffendes ankreuzen

## E. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/Praxis

### 1. Zahl der Ärzte

Oberärzte \_\_\_\_\_ Fachärzte/Stationsärzte \_\_\_\_\_  
 Praxisärzte \_\_\_\_\_ Weiterbildungsassistenten \_\_\_\_\_

### 2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Krankenschwestern/Pfleger \_\_\_\_\_ Arzthelferinnen/MFA \_\_\_\_\_  
 OP-Schwester/Pfleger \_\_\_\_\_ Sonstiges Assistenzpersonal \_\_\_\_\_  
 MTA \_\_\_\_\_

## F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

## G. Leistungsstatistik (siehe Teil 2)

## H. Sonstige Einrichtungen

### Röntgen

Eigene Röntgenabteilung  ja  nein \* Zentrale Röntgen-Abteilung  ja  nein \*  
 Leiter \_\_\_\_\_

### Röntgendemonstrationen:

wöchentlich  ja  nein \* täglich  ja  nein \*  
 Knochenszintigraphie  ja  nein \* Renoszintigraphie  ja  nein \*  
 Möglichkeiten der Isotopendiagnostik  ja  nein \*

### Eigene Pathologie

Leiter \_\_\_\_\_  ja  nein \*  
 Zytologische Untersuchungen in der eigenen Einrichtung  ja  nein \*

Wo werden die Untersuchungen durchgeführt (falls keine eigene Pathologie)

\_\_\_\_\_

### Labor

Eigenes Labor  ja  nein \* Zentrallabor  ja  nein \*  
 Leiter \_\_\_\_\_

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

\* Zutreffendes ankreuzen

## J. Weiterbildung

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte Fortbildungsveranstaltungen (hausintern / extern) abgehalten? (ggf. als Anlage beifügen)  ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## K. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## M. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Urologie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Urologie

\_\_\_\_\_  
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

**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
- Praxis-skizze
- Leistungsstatistik
- operativen Leistungen
- Weiterbildungsprogramm

\* 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.

**F. Statistische Angaben****Urologische Klinik/Abteilung**

Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

Anteil der Kinder bis 14. Lebensjahr \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) \_\_\_\_\_

Belegung im Berichtsjahr (in %) \_\_\_\_\_

Klinische Konsiliartätigkeit

ja  nein \*

Wo \_\_\_\_\_

Belegbetten/Aufwachbetten  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. Leistungsstatistik**

- Bitte einen Computerauszug der rechnerischen Erfassung der operativen Leistungen mit Unterschrift als **Anlage 3** beifügen.

Anzahl

Urologische Früherkennungsuntersuchungen \_\_\_\_\_

Punktions- und Katheterisierungstechniken \_\_\_\_\_

Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie \_\_\_\_\_

Enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik \_\_\_\_\_

Lokal- und Regionalanästhesien \_\_\_\_\_

Extrakorporale Stoßwellenbehandlung \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

	Anzahl
<b>Röntgendiagnostik</b>	
Urographien	_____
Cystourethrographien	_____
Computertomographien	_____
Ureteropyelographien	_____
antegrad	_____
retrograd	_____
MCU / UCG	_____
Kernspintomographie	_____
Weitere (z. B. Cavernosographie)	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
<b>Sonographie</b>	
Sonographie der Urogenitalorgane	_____
Sonographie des Abdomens und Retroperitoneums	_____
Doppler- / Duplex-Sonographie der Gefäße des Urogenitaltraktes	_____
<b>Urodynamische Untersuchungen</b>	
Cystometrie	_____
Urethra-Druck-Profil-Messung	_____
Uro-Flowmetrie	_____
Video-Urodynamik	_____
<b>Laboruntersuchungen</b>	
Ejakulatuntersuchungen	_____
Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest	_____

\* Zutreffendes ankreuzen



**Urologische Eingriffe einschließlich endoskopischer, laparoskopischer, lasertherapeutischer, ultraschallgesteuerter und sonstiger physikalischer Verfahren**

***an Niere, Harnleiter, Retroperitonealraum***

Einrichtung

persönlich

einfach Nephrektomie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ureterorenoskopische Interventionen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nierenbeckenplastik

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Weitere

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***an Harnblase und Prostata***

Harn-Inkontinenzoperation

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prostataadenomektomie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

transurethraler Prostataresektion

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

transurethraler Blasentumorresektion

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Weitere

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***am äußeren Genitale und Harnröhre***

Hodenbiopsie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zirkumzision

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Orchidopexie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Varikozelen/Hydrozelen-Operation

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Harnröhrenrekonstruktionen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Weitere

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

**Urologische Eingriffe höherer Schwierigkeitsgrade** \_\_\_\_

Einrichtung

persönlich

Radikaloperation bei urologischen Krebserkrankungen

äußere Genitale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Skrotum und Leiste

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

kleines Becken einschl. Blase und Prostata

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ureter und Retroperitoneum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Niere

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Weitere

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten** (jährlich)

\_\_\_\_\_

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen

