

Landesärztekammer Thüringen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40
07707 JenaTelefon: 03641 614-123
Fax: 03641 614-129
Internet: www.laek-thueringen.de
Email: weiterbildung@laek-thueringen.de

Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum Facharzt für Humangenetik

- 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)

_____ seit _____

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen
 (wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Zahl, Größe und Art der Räume (einschließlich qm-Angaben, möglichst mit Grundriss in A4-Größe, als Anlage 2 beifügen)

E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

1. Zahl der akademischen Mitarbeiter

Oberärzte _____ davon mit Gebietsanerkennung _____

Stationsärzte _____ davon mit Gebietsanerkennung _____

Praxisärzte _____ davon mit Gebietsanerkennung _____

Weiterbildungsassistenten _____ davon mit Gebietsanerkennung _____

Sonstige akademische Mitarbeiter _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

MTA _____

* Zutreffendes ankreuzen

Sonstiges Personal _____

F. Krankheits- und Leistungsstatistik

- Statistik der zur Beobachtung kommenden Krankheitsbilder der letzten 12 Monate (als **Anlage 3** beifügen)
- Der Vordruck für die Leistungsstatistik der letzten 12 Monate des Institutes/Krankenhauses/der Niederlassung befindet sich in **Teil 2** dieses Antrages.

G. Apparative und technische Ausstattung (Aufschlüsselung; als **Anlage 4** beifügen)

H. Sonstige Einrichtungen (ggf. als Anlage beifügen)

Angaben zu Art und Umfang der Zusammenarbeit mit z. B.: Röntgen, Labor u. ä.

I. Erstellung von Fachgutachten (jährlich) _____

K. Weiterbildung

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

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

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

L. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 5)

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 *

N. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Humangenetik
 davon _____ Monate in der humangenetischen Patientenversorgung
 davon _____ Monate in einem zytogenetischen Labor
 davon _____ Monate in einem molekulargenetischen Labor

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Humangenetik

Besteht eine andere Weiterbildungsermächtigung (bitte Dauer u. Gebiet/ Teilgebiet/Zusatz-Weiterbildung angeben) _____ Monate _____

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?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beruflicher Werdegang | <input type="checkbox"/> Zahl, Größe und Art der Räume |
| <input type="checkbox"/> Apparative und technische Ausstattung | <input type="checkbox"/> Krankheits- und Leistungsstatistik |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsprogramm | |

Anlage 5: Weiterbildungsprogramm

Teil 2**Leistungsstatistik** (der letzten 12 Monate)

Zeitraum vom _____ bis _____

	Anzahl
Genetische Beratungen einschl. Erhebung der Familienanamnese in 3 Generationen und Erstellung einer epikritischen Beurteilung bei 50 verschiedenen Krankheitsbildern	_____
Befunderhebung und Risikoabschätzung bei	
monogenen und komplexen Erbgängen	_____
numerischen und strukturellen Chromosomenaberrationen	_____
molekulargenetischen Befunden	_____
Chromosomenanalysen	
pränatal	_____
davon einschl. aller Kultivierungs- und Präparationsschritte	_____
postnatal	_____
davon einschl. aller Kultivierungs- und Präparationsschritte	_____
Molekulare Zytogenetik einschl. chromosomaler in-situ Hybridisierung	_____
davon an Interphasekernen einschl. aller Kultivierungs- u. Präparationsschritte	_____
davon an Metaphasechromosomen einschl. aller Kultivierungs- u. Präparationsschritte	_____
Prä- und postnatale molekulargenetische Analysen	
pränatal einschl. aller erforderlichen Laborschritte	_____
postnatal	_____
davon einschl. aller erforderlichen Laborschritte	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Sonstige Untersuchungen und Leistungen	Anzahl
Alpha-Fotoproteinbestimmungen	_____
Azetylcholinesterasebestimmungen	_____
PI-Phanotypisierungen	_____
spezielle Enzym-Bestimmungen	_____
DNA-Analysen	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

