



**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur
Weiterbildung im Gebiet Hygiene und Umweltmedizin**

- 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 _____

Anzahl der Stunden / Woche: _____

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung ja nein *

Wenn ja, mit wem: _____

* Zutreffendes ankreuzen

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung	_____	seit	_____
Facharztanerkennung (wird von LÄK ausgefüllt)	_____	seit	_____
	_____	seit	_____
Teilgebietsanerkennung (wird von LÄK ausgefüllt)	_____	seit	_____
	_____	seit	_____
Anerkennung von Zusatzbezeichnungen (wird von LÄK ausgefüllt)			
	_____	seit	_____
	_____	seit	_____

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung (z. B. Institut als klinischer Einrichtung)

Gesamtzahl aller Abteilungen		_____
Innere Abteilung	Bettenzahl	_____
Chirurgische Abteilung	Bettenzahl	_____
Pädiatrische Abteilung	Bettenzahl	_____
Intensivabteilung	Bettenzahl	_____
Sonstige Abteilungen		
_____	Bettenzahl	_____
_____	Bettenzahl	_____
_____	Bettenzahl	_____

E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

1. Zahl der Ärzte

Oberärzte	_____	davon mit Gebietsanerkennung	_____
Weiterbildungsassistenten	_____	davon mit Gebietsanerkennung	_____

* Zutreffendes ankreuzen

2. Weitere akademische Mitarbeiter

Akademische Mitarbeiter / Fachrichtung

Anzahl

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

3. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Berufsbezeichnung

Anzahl

_____	_____
_____	_____
_____	_____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)**G. Leistungsstatistik (siehe Teil 2)****H. Gutachten (siehe Teil 2)****I. Laboratoriumseinrichtung (Geräteliste und Räume; siehe Anlage 3)****K. Sonstige Einrichtungen (ggf. als Anlage beifügen)****Wissenschaftliche Schwerpunkte**

(ggf. kurze Darstellung und Beifügung entsprechender Publikationen - Sonderdrucke -)

Demonstrationen, Lehrgänge oder Lehrveranstaltungen ja nein *

Welche:

* Zutreffendes ankreuzen

Wissenschaftliche Tagungen, Symposien und Kongresse

Welche: _____

In welcher Funktion teilgenommen?

Wissenschaftliche Gesellschaften, Arbeitsgemeinschaften, beratende Gremien

Welche: _____

In welcher Funktion teilgenommen?

L. Weiterbildung

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

Art / Bezeichnung der Veranstaltung	Wochenstunden
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

* Zutreffendes ankreuzen

M. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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

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. Qualitätskontrolle

Teilnahme an Ringversuchen ja nein *

P. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Hygiene und Umweltmedizin

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Hygiene und Umweltmedizin

 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
 Praxissskizze
 Leistungsstatistik
 Geräteliste und Räume
 Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____

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

Bitte reichen Sie Teil 2 für jede Weiterbildungsstätte separat ein.

F. Statistische Angaben

Klinische Konsiliartätigkeit ja nein *

Wo _____

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Konsultationstätigkeit pro Quartal _____

G. Leistungsstatistik**1. Krankenhaushygienische Tätigkeit**

Klinisch-mikrobiologische und mikrobiologisch-epidemiologische Untersuchungen	Anzahl
Erreger-Isolierungen	_____
Erreger-Identifizierung	_____
kulturell-biochemisch	_____
serologische Typisierung	_____
Empfindlichkeitsprüfungen	_____
Sonstige	_____
_____	_____
_____	_____

Hygienische Untersuchungen

Abklatsch- und Abstrichuntersuchungen _____

Luftkeimmessungen _____

Sterilisationsprüfungen _____

Prüfungen von Sterilisations- und Desinfektionsgeräten _____

Partikelmessungen _____

Krankenhaushygienische Beratungen und Begehungen _____

* Zutreffendes ankreuzen

Anzahl

Mitwirkung bei Krankenhausplanung oder -sanierung

Hygienische Untersuchungen nosokomialer Infektionen unter Berücksichtigung von Ortsbegehungen und der Durchführung und Auswertung infektionsepidemiologischer Erhebungen

2. Umwelthygienische Tätigkeit

Wasserhygiene

Anzahl

Hygienische und umweltmedizinische Ortsbegehungen

Trinkwasseruntersuchungen

Badewasseruntersuchungen

Abwasseruntersuchungen

Sonstige

Hygiene der Lebensmittel, Arzneimittel und Gegenständen des täglichen Bedarfs

Hygienische und umweltmedizinische Ortsbegehungen

Bakteriologische Untersuchungen

Sonstige

Boden- und Abfallhygiene

Hygienische und umweltmedizinische Ortsbegehungen

Probennahmen, -aufbereitungen, -analysen

Sonstige

Außenluft- und Innenraumlufthygiene

Hygienische und umweltmedizinische Ortsbegehungen

Probennahmen, -aufbereitungen, -analysen

Sonstige

* Zutreffendes ankreuzen

Bau- und Siedlungshygiene**Anzahl**

Hygienische und umweltmedizinische Ortsbegehungen _____

Probennahmen, -aufbereitungen, -analysen _____

Sonstige _____
_____**Lärmmessungen** _____**Messungen von Schadstoffen im menschlichen Untersuchungsmaterial**

Emissions- und Immissionsmessungen

Sonstige Umwelthygienische, Umweltepidemiologische und Umweltmedizinische Untersuchungen und Beratungen

3. Tätigkeiten auf dem Gebiet der Individualhygiene, Epidemiologie und Sozialhygiene**Durchführung von Schutzimpfungen** _____**Beratungen zur Infektionsverhütung bei Risikopersonen** (z. B. Schwangere, Tropenreisende) _____

* Zutreffendes ankreuzen

Beratung zur Präventivmedizin (einschließlich der Seuchenhygiene, Impfprophylaxe, Chemoprophylaxe, Tourismusmedizin und zum Schutz vor unbelebten Schadfaktoren)

Anzahl

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Sonstige Leistungen

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

H. Gutachten

ja nein *

Auf welchem Gebiet	_____	Anzahl	_____ (Jahr)
	_____	Anzahl	_____ (Jahr)
	_____	Anzahl	_____ (Jahr)

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Anlage 4

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- ***Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt Hygiene und Umweltmedizin***
- ***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