
**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum
Facharzt für Innere Medizin**

- 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: _____

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 der Zusatzbezeichnung Geriatrie ja nein * seit _____

Anerkennung der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ja nein * seit _____

Anerkennung weiterer 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.

Untersuchungen des Abdomens und Retroperitoneum einschließlich Urogenitalorgane

Untersuchungen der Schilddrüse

Doppler-/Duplex-Sonographie der extremitätenversorgenden Gefäße

Doppler-/Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Doppler-/Duplex-Sonographie des Herzens und der herznahen Blutgefäße

Doppler-/Duplex-Untersuchungen der Arterien und Venen

* Zutreffendes ankreuzen

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als **Anlage 1** beifügen)**D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung****Klinik/Abteilung**

Gesamtbettenzahl _____

Existieren Kliniken/Abteilungen für:

Bettenzahl

Leiter

Angiologie

 ja nein *

Endokrinologie und Diabetologie

 ja nein *

Gastroenterologie

 ja nein *

Hämatologie und Onkologie

 ja nein *

Kardiologie

 ja nein *

Nephrologie

 ja nein *

Pneumologie

 ja nein *

Rheumatologie

 ja nein *

Intensivabteilung ja nein *

Betten

Leiter _____

Zahl der Herz-Lungen-Wiederbelebungen (der letzten 12 Monate) _____

davon mit endotrachealer Intubation und elektrischer Defibrillation _____

Krankheitsspektrum (ITS-Statistik; als Anlage 2 beifügen)**Niederlassung**Beschreibung der Praxis: als **Anlage 3** beifügen, mit Skizze des Grundrisses und Benennung der einzelnen Räume in DIN A4 Größe**E. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/Niederlassung****1. Zahl der Ärzte**

Oberärzte _____

Stationsärzte _____

Praxisärzte _____

Weiterbildungsassistenten _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Krankenschwestern/-pfleger _____

Arzthelferinnen/MFA _____

sonstiges medizinisches Personal _____

* Zutreffendes ankreuzen

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)**G. Krankheits- und Leistungsstatistik (siehe Teil 2)****H. Sonstige Einrichtungen**

Röntgenabteilung ja nein *

Leiter _____

Konventionelle Röntgendiagnostik verfügbar ja nein *

CT verfügbar ja nein *

MRT verfügbar ja nein *

Pathologie an der Einrichtung ja nein *

Labor ja nein *

Leiter _____

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich) (siehe Teil 2)**K. Weiterbildung**

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

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

Welche Weiterbildungsinhalte gemäß den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung können an der Einrichtung nicht vermittelt werden?

* Zutreffendes ankreuzen

L. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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 stationäre Basisweiterbildung

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Innere Medizin

Weiterbildungsermächtigung für 6 Monate Intensivmedizin ja nein *

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate stationäre Basisweiterbildung

_____ Monate Innere Medizin

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
 ITS-Statistik
 Weiterbildungsprogramm

- Praxisskizze
 Krankheits- und Leistungsstatistik

* Zutreffendes ankreuzen

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____

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

F. Statistische Angaben**Klinik/Abteilung**

Behandlungsfälle pro Jahr _____

Durchschnittliche Verweildauer _____

Belegung im Berichtsjahr _____

Klinische Konsiliartätigkeit ja nein *

Wo _____

Belegbetten 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. Krankheits- und Leistungsstatistik**1. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

In der Klinik/Abteilung/Niederlassung werden im Jahr durchgeführt:

Diabetikerbehandlung einschließlich strukturierter Schulungen ja nein *

EKG und weitere funktionsdiagnostische Untersuchungen

Anzahl

Langzeit-EKG ja nein * _____

Echokardiographie ja nein * _____

Langzeit-Blutdruckmessung ja nein * _____

Ergometrie ja nein * _____

Spirometrie ja nein * _____

Bodyplethysmographie ja nein * _____

* Zutreffendes ankreuzen

Endoskopie

Anzahl

Proktoskopie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
Koloskopie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
Ösophago-Gastro-Duodenoskopie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
ERCP	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
Bronchoskopie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
davon mit broncho-alveolärer Lavage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
weitere		_____
_____		_____
_____		_____

Sonographie

Abdomen/Retroperitoneum/Urogenitalorgane	_____
Schilddrüse	_____
Doppler-/Duplex-Sonographie der extremitätenversorgenden Gefäße	_____
Doppler-/Duplex -Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße	_____
Doppler-/Duplex-Sonographie des Herzens und der herznahen Blutgefäße	_____
Doppler-/Duplex -Sonographie der Arterien und Venen	_____

Therapie vital bedrohlicher Zustände

Intubationen	_____
Beatmungsbehandlungen	
invasiv	_____
nicht invasiv (NIV)	_____
Hämodynamisches Monitoring	_____
Schockbehandlung	_____
Schaffung zentraler Zugänge	_____
Defibrillation	_____
Schrittmacherbehandlung	
externe Notfallstimulation	_____
permanente Schrittmacheranlage	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Weitere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Anzahl

2. Krankheitsstatistik**I. Krankheiten der Atmungsorgane**

Fälle

1) Bronchien, Lunge

Bronchitis

akut

chronisch-obstruktiv (COPD)

andere

Asthma bronchiale

Pneumonien

ambulant erworben

nosokomial

Lungenembolien

Pleuritis

Pneumothorax

Lungenfibrosen

II. Krankheiten der Kreislauforgane

1) Herz

Koronare Herzkrankheit

Akutes Koronarsyndrom

STEMI-Herzinfarkt

Non-STEMI-Herzinfarkt

instabile Angina

Cor pulmonale

Herzinsuffizienz (versch. Genese)

Kardiomyopathien (versch. Genese)

Hypertonie

* Zutreffendes ankreuzen

Rhythmusstörungen

Fälle

Vorhofflimmern

andere Rhythmusstörungen

Endo-Myo-Perikarditis

2) Gefäße

Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Karotisstenosen

arterielle Embolien

venöse Thrombosen

sonstige

III. Krankheiten des Verdauungstraktes

1) Oesophagus

Divertikel

Varizen

Oesophagitis

sonstige

2) Magen

Hiatushernie

Gastritis/Gastroduodenitis

Ulcus

Ventriculi/duodeni

davon blutendes

3) Darm

akute infektiöse Darmerkrankungen:

Colitis ulcerosa

Morbus Crohn

Divertikulitis

Colon irritabile

* Zutreffendes ankreuzen

Polyposis

Ileus

Malabsorption/Maldigestion

4) Leber, Galle, Pankreas

akute virale Hepatitis

chronische virale Hepatitis

chronische Hepatitis anderer Genese

Leberzirrhose

Cholezystitis

Cholangiolithiasis

Cholangitis

Akute Pankreatitis

Chronische Pankreatitis

IV. Krankheiten des Urogenitalsystems

1) Harnwegsinfekte

Urosepsis

Glomerulonephritis

Nephrolithiasis

Akutes Nierenversagen

Chronische Nierenkrankheit

V. Krankheiten der endokrinen Organe und des Stoffwechsels

Hyperthyreose

Hypothyreose

Thyreoiditis (NSD-Erkrankung)

Hypo- und Hyperparathyreoidismus

Diabetes mellitus Typ I

Diabetes mellitus Typ II

Diabetisches Koma

Diabetische Nephropathie

* Zutreffendes ankreuzen

Gicht

Fettstoffwechselstörungen

VI. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe

Anämien

Akute myeloische Leukämie

Chronische myeloische Leukämie

Myelodysplastisches Syndrom

Lymph. Leukämie

akut

chronisch

M. Hodgkin

Non-Hodgkin-Lymphome

Plasmozytom

Agranulozytose/Neutropenie

Myeloproliferative Syndrome

VII. Allergien

VIII. Intoxikationen

Alkohol

Arzneimittel

Illegale Drogen

sonstige

IX. Infektionskrankheiten

Erysipel

Infektionen bei immunsuppressiver Behandlung

* Zutreffendes ankreuzen

sonstige	_____	_____
	_____	_____
Inf. Mononukleose		_____
Malaria		_____
sonstige	_____	_____
	_____	_____
Tuberkulose		_____
sonstige	_____	_____
	_____	_____
Infektiöse Meningitis / Encephalitis		_____

X. Krankheiten des rheumatischen Formenkreises und Kollagenosen

Rheumatoidarthritis		_____
Polymyalgia rheumatica		_____
Immunvaskulitiden		_____
Kollagenosen (Lupus erythematoses, Sklerodermien u. a.)		_____
Seronegative Spondylarthritiden (Spondylarthritiden ankylosans, Spondylarthritiden bei Morbus Crohn/Colitis ulcerosa, Psoriasis)		_____
W. Granulomatose		_____

XI. Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems

akute zerebrale Ischämie		_____
akute Hirnblutung		_____
Demenz		_____
Parkinsonerkrankungen		_____
Epilepsien		_____
Polyneuropathie		_____
Fazialisparese		_____

XII. Malignome

Atemwege / Lunge / Pleura		_____
Oesophagus / Magen / Darm		_____

* Zutreffendes ankreuzen

Hirn	_____
Leber/Gallenwege	_____
Pankreas	_____
Niere	_____
Blase	_____
Schilddrüse	_____
Nebennieren	_____
Knochen, Weichteile	_____
Prostata	_____
Haut	_____

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich)

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel