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

- 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
ambulanter Inhalte

ja nein *, insbesondere zur Vermittlung

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 _____

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 des Abdomen und Retroperitoneum einschließlich Urogenitalorgane

Sonographie der Schilddrüse

Doppler-/Duplex-Sonographie der extremitätenversorgenden Gefäße

Doppler-/Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Duplex-Sonographie der abdominalen und retroperitonealen Gefäße

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

* Zutreffendes ankreuzen

D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Neben der Aufführung der Leistungen und Zahlen empfehlen wir, Besonderheiten in Struktur und Versorgungsinhalten zu erläutern.

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl der Kliniken _____

Gastroenterologische Abteilung Betten _____

Leiter _____

Existiert ein 24 Stunden Endoskopie-Rufbereitschaftsdienst? ja nein *

Existieren Kliniken/Abteilungen für: Bettenzahl Leiter

Angiologie ja nein * _____

Endokrinologie und Diabetologie ja nein * _____

Hämatologie und Onkologie ja nein * _____

Kardiologie ja nein * _____

Nephrologie ja nein * _____

Pneumologie ja nein * _____

Rheumatologie ja nein * _____

Intensivabteilung ja nein * Betten _____

Leiter _____

Ambulanter Bereich als Struktureinheit der Weiterbildung (Institutsambulanz, MVZ)

Leiter: _____

Ggf. ist eine gemeinsame oder Verbundermächtigung zu beantragen und die Kooperationsvereinbarung vorzulegen.

Spezialsprechstunde ja nein *

Welche _____

Ambulante Tätigkeit ja nein *

In welcher Form: _____

Patientendurchgang pro Quartal _____

Ist eine Rotation vorgesehen? ja nein *

Wenn ja, bitte Rotationsprogramm beifügen.

* Zutreffendes ankreuzen

Niederlassung

Beschreibung der Praxis: als **Anlage 2** 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

Fachärzte (nicht Oberärzte) _____ Weiterbildungsassistenten _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Krankenschwestern/-pfleger _____

Arzthelferinnen/MFA _____

sonstiges medizinisches Personal _____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

G. Leistungsstatistik (siehe Teil 2)

H. Sonstige Einrichtungen

Röntgenabteilung ja nein *

Leiter _____

Führen angehende Internisten und Angiologen die Röntgenuntersuchungen ihrer

Patienten laufend durch? ja nein *

Werden gemeinsame Röntgenvisiten mit Internisten und Radiologen durchgeführt? ja nein *

CT verfügbar ja nein *

MRT verfügbar ja nein *

Angiographie verfügbar ja nein *

Interventionelle Radiologie verfügbar ja nein *

Interdisziplinäre interventionelle Verfahren (z. B. kombiniert radiologisch-endoskopische) ja nein *

Differenzierte Angaben der Untersuchungen:

* Zutreffendes ankreuzen

Pathologie an der Einrichtung ja nein ***Sonographie** ja nein *

Wo

Eigenes Labor ja nein *

Leiter

Ernährungsberatung

Kurze Darstellung

I. Darstellung der Versorgung ambulanter Patienten (ggf. bitte als **Anlage 3** beifügen)**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 vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte können in der medizinischen Einrichtung nicht vermittelt werden?

L. Weiterbildungsprogramm (siehe **Anlage 4**)

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung (mindestens 6 Monatsabschnitte) mit Zuordnung der jeweils vermittelbaren Inhalte. Bitte schildern Sie ausführlich, wie die Weiterbildung unter Ihrer Leitung bzw. der Mittragsteller geplant ist. Weiterhin bitten wir Sie, ein entsprechendes Curriculum beizufügen.

* Zutreffendes ankreuzen

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 Gastroenterologie

Einschließlich Weiterbildungsermächtigung für 6 Monate ambulanter Bereich

ja nein *

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Gastroenterologie

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
- Darstellung der Versorgung ambulanter Patienten
- Leistungsstatistik
- Weiterbildungsprogramm

* 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**

Krankendurchgang pro Jahr (nur Gastroenterologie) _____

Verpflegungstage 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. Leistungsstatistik**Gastroenterologie**

Anzahl

Oesophago-Gastro-Duodenoskopien _____

Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie (ERCP) _____

Endoskopische Papillotomien (EPT) _____

Endoskopische Gallenwegsdrainagen _____

Koloskopien _____

Proktoskopien _____

Rektoskopien _____

* Zutreffendes ankreuzen

Oesophagusendoprothesen		_____
Intestinale Endoprothesen		_____
Leberpunktionen		_____
perkutane transhepatische Cholangiographien mit und ohne Drainage		_____
transpapilläre Cholangioskopien		_____
Bougierungen, Dilatationen im Gastrointestinaltrakt		_____
Endosonographien		_____
Endosonographien mit Intervention	Drainage	_____
	FNP	_____
Sonographie des Abdomen und Retroperitoneum, einschließlich Urogenitalorgane		_____
Duplex-Sonographie der abdominalen und retroperitonealen Gefäße		_____
Mukosektomien		_____
Polypektomien aus dem oberen Verdauungstrakt		_____
Manometrische Untersuchungen		_____
Langzeit-pH-Metrie		_____
Thermische Ablation		_____
Funktionsprüfungen (z. B. Atemtest, Manometrie)		_____
_____		_____
_____		_____
Kapselendoskopien		_____
Ballonenteroskopie		_____
weitere		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____

Medikamentöse Tumorthherapie (eigene Leistungsstatistik)

Sollte die Medikamentöse Tumorthherapie in einer anderen Struktureinheit erbracht werden, so ist hier eine Verbundermächtigung zu prüfen).

Therapiefälle

Chemotherapiezyklen	_____
---------------------	-------

* Zutreffendes ankreuzen

Behandlungen mit

Zytostatika

Immunsuppressiva

Hormonpräparaten

monoklonalen Antikörpern

Interdisziplinäre Tumorkonsilien

Supportive Behandlungsmaßnahmen

Blutzellersatz

Erythrozyten

Periphere Stammzellseparation

Stammzelltransplantationen

Thrombozyten

Plasma- und Leukapherese

Prophylaxe und Therapie von Infektionen

Schmerztherapie

Ernährung

Gerinnungsstörungen

Fibrinolytische- und Antikoagulantien-Therapie

I. Darstellung der Versorgung ambulanter Patienten

Leistungsstatistik:

Virushepatitis

CED

Reizdarm

weitere

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Beschreibung des zu versorgenden Patientenkollektives

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel