

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 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

- 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: _____

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 der Zusatzbezeichnung Psychotherapie ja nein * seit _____

Anerkennung der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse ja nein * seit _____

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

C. Beruflicher/Wissenschaftlicher Werdegang (einschließlich Veröffentlichungen - stichwortartig als **Anlage 1** beifügen)

D. In welchen psychotherapeutischen Methoden wollen Sie eine Weiterbildung vermitteln?

Welche Weiterbildungsinhalte gemäß Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung sind an der medizinischen Einrichtung nicht vermittelbar?

* Zutreffendes ankreuzen

E. Umfang der eigenen Weiterbildung und zeitliche Gestaltung in den o. a. Methoden
(ggf. als **Anlage 2** beifügen)

F. Art Ihres beabsichtigten Fort- und Weiterbildungsangebotes

Welche Weiterbildungsveranstaltungen (möglichst mit genauen Angaben über Art und Umfang) beabsichtigen Sie anzubieten (z. B. Vorlesungen, Seminare, praktische Übungen, Supervision nach Behandlung, Selbsterfahrung einzeln oder in Gruppen)?

Welche dieser Weiterbildungsveranstaltungen werden in Kooperation mit anderen Einrichtungen realisiert?

* Zutreffendes ankreuzen

Welche Fortbildungsveranstaltungen bieten Sie an?

G. Angaben zu den o. a. Methoden (nach Abschluss Ihrer eigenen Weiterbildung)

Welche Methoden führten Sie bisher durch?

Wie und in welchem Umfang gestaltet sich Ihre eigene Lehrtätigkeit?

H. Angaben zur Weiterbildungsstätte

Zahl der Mitarbeiter _____

Namentliche Aufstellung der ständig tätigen Dozenten, Ärzte, Psychologen bzw. sonstigen Mitarbeiter

Name	Qualifikation
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

* Zutreffendes ankreuzen

Gesamtzahl der zum Antragszeitpunkt in Weiterbildung befindlichen Ärzte _____

Ambulante psychotherapeutische Versorgung ja nein *

Patientendurchgang pro Jahr (ambulant) _____

Patientendurchgang pro Jahr (stationär) _____

Bettenzahl _____

Niederlassung

Beschreibung der Praxis: als **Anlage 3** beifügen, mit Skizze des Grundrisses und Benennung der einzelnen Räume in DIN A4 Größe

I. Jahresleistungsstatistik (für Kliniken bzw. Praxen)

Diagnosestatistik der letzten 12 Monate (aufgeschlüsselt nach Diagnosen u. Fallzahlen als **Anlage 4** beifügen)

Zahl der Langzeittherapien _____

Zahl der Kurzzeittherapien _____

Bitte reichen Sie die statistischen Angaben für jede Weiterbildungsstätte separat ein.

K. Weiterbildungsprogramm (als **Anlage 5** beifügen)

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

L. Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken ja nein *

Zusammenarbeit mit psychosomatischen Kliniken bzw. Abteilungen ja nein *

Zusammenarbeit mit Kliniken anderer Fachbereichen ja nein *

Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiatern ja nein *

Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten ja nein *

Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychoanalytikern ja nein *

Wenn ja, bitte nähere Angaben dazu:

* 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 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

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
- Eigene Weiterbildung
- Praxisskizze
- Diagnosestatistik
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Anlage 5 - Weiterbildungsprogramm

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- *Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*
- *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

* Zutreffendes ankreuzen