



**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung in der
Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie**

A. Allgemeines

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

E-Mail (dienstlich): _____

Telefon (dienstlich): _____

Liegt ein gültiges Fortbildungszertifikat vor ja nein * Gültigkeitsende _____

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: _____

* Zutreffendes ankreuzen

Hämostaseologie

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Facharztanerkennung
(wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____

_____ seit _____

Teilgebietsanerkennung
(wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____

_____ seit _____

Anerkennung der Zusatzbezeichnung Hämostaseologie _____ seit _____

Anerkennung weiterer Zusatzbezeichnungen
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

C. Bitte fügen Sie bei Erstantragstellung Ihren **Beruflichen Werdegang** stichwortartig als **Anlage 1** bei.

D. Struktur der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

<u>Existieren Kliniken/Abteilungen für:</u>		Fälle/Jahr	Leiter
Hämatol. und Onkologische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Angiologische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Endokrin. und Diabetologische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Gastroenterologische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Kardiologische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Nephrologische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Pneumologische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Rheumatologische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____

E. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

1. Zahl der Ärzte

Fachärzte (gesamt VK) _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____

* Zutreffendes ankreuzen

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Gesundheits- und Krankenpfleger _____

Arzthelferinnen/MFA _____

sonstiges medizinisches Personal _____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)**G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Teil 2)****H. Sonstige Einrichtungen****Labor** an der Einrichtung ja nein *Kooperierende Einrichtung ja nein *

Verfügbarkeit:

24 Stunden ja nein * oder extern abgesichert ja nein ***Eigene Blutbank** ja nein ***Eigene Apotheke** ja nein *24 Stunden ja nein * oder extern abgesichert ja nein ***I. Weiterbildung**Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte hausinterne Fortbildungsveranstaltungen abgehalten?
(ggf. als Anlage beifügen) ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

J. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 2)

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

* Zutreffendes ankreuzen

K. 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 *

L. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Hämostaseologie

einschließlich hämostasiologisches Labor ja nein *

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Hämostaseologie

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 18.03.2020):

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
- Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

F. Statistische Angaben**Klinik/Abteilung**

Konsiliarfälle pro Jahr _____

vertragsärztliche Versorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Anlage 3)

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

Anlage 2

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung in **der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie**.
- Das Weiterbildungsprogramm ist die individuelle Umsetzung der gemäß Richtlinie zum Inhalt der Weiterbildung geforderten Weiterbildungsinhalte in einen konkreten internen Ablaufplan für den Arzt in Weiterbildung in seiner Weiterbildungseinrichtung. Bitte stellen Sie zeitlich und inhaltlich gegliedert dar, welche Weiterbildungsinhalte in welchen Weiterbildungsabschnitten der (beantragten) Weiterbildungszeit unter Ihrer Leitung dem Arzt in Weiterbildung vermittelt werden können.
- Dieses Programm ist dem Weiterzubildenden auszuhändigen.

Weiterbildungsleiter:

Name _____

Weiterbildungsprogramm (Ablauf/Rotationsplanung):

Inhaltliche Gliederung

ggf. Angaben zum Zeitraum, in dem die jeweiligen Inhalte vermittelt werden

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Hämostaseologie

Anlage 3

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie			
Wesentliche Gesetze und Richtlinien, insbesondere Transfusionsgesetz und Gendiagnostikgesetz, Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen			
Hämostaseologische Labormethoden			
Pharmakologie hämostaseologisch wirksamer Medikamente			
	Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Indikationsstellung und Verlaufsbeurteilung hämostaseologisch wirksamer Therapien		
Hämorrhagische Diathesen			
Angeborene und erworbene plasmatische Gerinnungsstörungen, insbesondere			
- Hämophilie A und B			
- von-Willebrand-Syndrom			
- thrombozytäre Erkrankungen			
- seltene Störungen der Hämostase			
	Klinische Differentialdiagnostik einschließlich Befundinterpretation von Labordiagnostik bei unklarer Blutungsneigung		
	Prophylaktische und therapeutische Substitutionsbehandlung einschließlich der Verlaufsbeurteilung		
	Diagnostik und konservative Therapie der Hämophilie-Arthropathie		
	Fachgebundene genetische Beratungen vor und nach prädiktiver Gendiagnostik hämorrhagischer Diathesen		
Thrombose und Thrombophilie			
Arterielle und venöse Thrombosen und Embolien			
Angeborene und erworbene Thrombophilie			

* Zutreffendes ankreuzen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Heparin-induzierte Thrombozytopenie			
	Klinische Differentialdiagnostik einschließlich der Befundinterpretation von Labordiagnostik bei unklarer Thromboseneigung		
	Indikationsstellung zu antithrombotischen und thrombolytischen Medikamenten sowie Überwachung der Therapie		
	Fachgebundene genetische Beratungen vor und nach prädiktiver Gendiagnostik bei Thrombophilie		
Thrombohämorrhagische Erkrankungen			
Thrombotische Mikroangiopathien			
Disseminierte intravasale Gerinnung			
Therapie mit Blutprodukten			
Plasmatische und rekombinante Blutgerinnungsfaktoren-Konzentrate einschließlich Bypass-Produkte			
Gefrorenes Frischplasma			
Thrombozytenkonzentrate			
	Indikationsstellung und klinische Beurteilung der Wirksamkeit der Therapie mit Blutprodukten einschließlich der Überwachung		
	Verlaufsbeurteilung der langfristigen Heimselbsttherapie bei Hämophilie A und B		
	Erstellung von Substitutionsplänen zum periprozeduralen Management bei Patienten mit Hämophilie und von-Willebrand-Syndrom		
Hämostaseologische Notfälle und periprozedurales Management			
Periprozeduraler Einsatz von Antikoagulanzen und antithrombozytären Substanzen			
Intoxikation oder Überdosierung von antithrombotischen Substanzen			
Therapieoptionen bei massiven oder rezidivierenden perioperativen Blutungen			
Einsatz von Antidotem			
	Konsiliarärztliche Beratung und Mitbetreuung des periprozeduralen Managements bei Patienten unter Therapie mit antithrombozytären Substanzen und/oder bei massiven Blutungen		

* Zutreffendes ankreuzen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Fachgebundene genetische Beratung			
Grundlagen hereditärer und multifaktorieller Krankheitsbilder und Entwicklungsstörungen			
Interpretation und Aussagekraft genetischer Untersuchungsergebnisse (Sensitivität, Spezifität, prädiktiver Wert)			
Methodische, psychosoziale und ethische Aspekte der genetischen Beratung und Diagnostik einschließlich pharmakogenetischer Tests			
	Erkennung fachbezogener genetisch bedingter Krankheitsbilder oder Entwicklungsstörungen		
	Fachgebundene genetische Beratung bei diagnostischer und prädiktiver genetischer Untersuchung		

* Zutreffendes ankreuzen