

**Landesärztekammer Thüringen**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40  
07707 Jena

Telefon: 03641 614-124  
Fax: 03641 614-129  
Internet: www.laek-thueringen.de  
Email: weiterbildung@laek-thueringen.de



**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung im  
Teilgebiet Gynäkologische Onkologie**

**A. Allgemeines**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen; \*\* bitte geben Sie hier für die angegebene Zahl eine Aufschlüsselung nach Art des Eingriffes und der Dignität an (als Anlage beifügen)

Gynäkologische Onkologie

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)Anerkennung von Zusatzbezeichnungen \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
(wird von LÄK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**C.** Bitte fügen Sie bei Erstantragstellung Ihren **Beruflichen Werdegang** stichwortartig als **Anlage 1** bei.**D. Struktur der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung****Klinik/ Abteilung**Chirurgie  ja  nein \* Anästhesie  ja  nein \*Innere Medizin  ja  nein \* Pathologie  ja  nein \*Urologie  ja  nein \* Röntgenabteilung  ja  nein \*Intensivabteilung  ja  nein \* Strahlenabteilung mit gyn. Therapie  ja  nein \*Zentrallabor  ja  nein \*Onkologische Zusatzleistungen: Schmerztherapie  ja  nein \*Psychoonkologischer Dienst  ja  nein \*

\* Zutreffendes ankreuzen

**Ausstattung und Angebot der Klinik/Abteilung**

Anzahl der gynäkologisch betriebenen OP-Tische pro Woche \_\_\_\_\_

Lasertherapie  ja  nein \*Bieten Sie in Ihrer Abteilung gynäkologisch-onkologische Spezialsprechstunden an?  ja  nein \*Zertifiziertes Brustzentrum  ja  nein \*oder Anbindung  ja  nein \*Zertifiziertes Gynäkologisches Krebszentrum  ja  nein \*oder Anbindung  ja  nein \***E. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung****1. Zahl der Ärzte**

Fachärzte (gesamt VK) \_\_\_\_\_ davon mit Teilgebiet \_\_\_\_\_

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) \_\_\_\_\_  
(einschl. Aspirant)**F. Gynäkologisch-onkologischer Werdegang des Antragstellers**Bitte fügen Sie als **Anlage 2** Ihre Publikations- und Vortragsliste bei.**G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Teil 2)****H. Sonstige Einrichtungen**Werden in Ihrer Abteilung interdisziplinäre onkologische Konferenzen abgehalten?  ja  nein \*Oder werden diese in Kooperation durchgeführt?  ja  nein \*

Wenn ja, mit wem?

Radiologie  ja  nein \* Pathologie  ja  nein \* Chirurg  ja  nein \*

Zusammenarbeit mit:

Strahlentherapie  ja  nein \* Leiter \_\_\_\_\_Hämatonkologie  ja  nein \* Leiter \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Ist Ihre Abteilung an Fachzentren (z. B. Tumorzentrum) angebunden?

ja  nein \*

An welche?

---



---

## I. Weiterbildung

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

ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

Art / Bezeichnung der Veranstaltung	Wochenstunden
<hr/>	<hr/>

## J. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 3)

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

## 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 \*

\* Zutreffendes ankreuzen

**L. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Gynäkologische Onkologie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Gynäkologische Onkologie

Besteht eine Weiterbildungsermächtigung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe?  ja  nein \*

Wenn ja, über welchem Umfang? \_\_\_\_\_ Monate

\_\_\_\_\_  
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
- Weiterbildungsprogramm
- Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

\* Zutreffendes ankreuzen

Gynäkologische Onkologie

### Anlage 3

**Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):**

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung im **Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie**.
- 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

### Teil 2

\* Zutreffendes ankreuzen

Gynäkologische Onkologie

Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Anlage 4)

Bitte fügen Sie einen entsprechenden Auszug des ICPM-Kataloges erstellt und mit Unterschrift vom Controlling ausschließlich für die angegebenen Zahlen bei.

Weiterhin ist eine Liste der durchgeführten Operationen mit Aufschlüsselung nach malignen und benignen Fällen beizufügen

#### Klinik/Abteilung

Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

davon Senologie pro Jahr \_\_\_\_\_

davon gynäkologische Onkologie pro Jahr \_\_\_\_\_

    davon Primärfälle pro Jahr \_\_\_\_\_

    davon Rezidivfälle pro Jahr \_\_\_\_\_

#### vertragsärztliche Verordnung

Durchschnittliche Patientenzahl pro Quartal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

\* Zutreffendes ankreuzen

Gynäkologische Onkologie

## Anlage 4

## Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden	Zahlen Einrichtung
<b>Notfälle</b>			
	Behandlung von medikamentösen und operativen Komplikationen nach onkologischen Behandlungen, z. B. febrile Neutropenie, Sepsis, Ileus, Paravasat		
	Diagnostik und Therapie der primären Tumorblutung		
	Mitbehandlung strahlentherapeutischer Komplikationen		
<b>Tumorerkrankungen</b>			
	Diagnostik und Therapie bösartiger Erkrankungen des weiblichen Genitale und der Brust einschließlich hereditärer onkologischer Krankheitsbilder		
	Organerhaltende oder radikale Operationen gutartiger, prä-maligner oder maligner Erkrankungen der Mamma einschließlich Exploration der regionalen Lymphabflussgebiete		
	Organerhaltende oder radikale Operationen gutartiger, prä-maligner oder maligner Erkrankungen des weiblichen Genitale sowie systematischer inguinärer, pelviner, paraaortaler Lymphonodektomie, Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SNB) einschließlich fertilitätserhaltender Maßnahmen		**
	Rekonstruktive Eingriffe im Zusammenhang mit onkologischen Behandlungen, insbesondere		
	- am weiblichen Genitale		
	- an der Bauchdecke		
	- an der Brust		
	Indikationsstellung zur gynäkologischen Strahlentherapie		

\* Zutreffendes ankreuzen; \*\* bitte geben Sie hier für die angegebene Zahl eine Aufschlüsselung nach Art des Eingriffes und der Dignität an (als Anlage beifügen)

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden	Zahlen Einrichtung
	Spezielle Rezidivdiagnostik und -behandlung		
	Psychoonkologische Betreuung		
	Einleitung von rehabilitativen Maßnahmen		
	Tumornachsorge		
	Spezielle palliativmedizinische Betreuung bei Patienten mit lebenslimitierenden gynäkologischen Krankheiten		
<b>Therapieassoziierte endokrine Dysfunktionen</b>			
	Beratung über die Möglichkeiten der Fertilitätserhaltung		
Prävention, Differentialdiagnose und Therapieoptionen endokriner Dysfunktionen im Rahmen onkologischer Behandlung einschließlich Bewertung möglicher Risiken und Nebenwirkungen			
<b>Medikamentöse Tumortherapie und Supportivtherapie</b>			
	Interdisziplinäre Indikationsstellung zu chirurgischen, interventionellen und nuklearmedizinischen Behandlungsverfahren		
	Regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Tumorkonferenzen, davon		
	- Falldarstellung		
Pharmakologie und Wirkungsweise medikamentöser Tumortherapie			
	Indikationsstellung zur medikamentösen Tumortherapie unter Berücksichtigung von Komorbiditäten		
	Planung und Überwachung der medikamentösen Therapie bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes einschließlich der Prävention, Erkennung und Behandlung spezifischer Nebenwirkungen von Tumortherapeutika		
	Medikamentöse Therapie bei Patienten mit Tumoren des Fachgebietes in Behandlungsfällen, davon		
	- zytostatisch		

\* Zutreffendes ankreuzen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden	Zahlen Einrichtung
	- zielgerichtet		
	- immunmodulatorisch		
	- antihormonell		
Grundlagen der Supportivtherapie bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes			
	Prophylaktische und interventionelle Supportivtherapie, insbesondere Antiemese, Ernährungsberatung und Diätetik einschließlich enteraler und parenteraler Ernährung, Infektionsprophylaxe und Therapie von Infektionen, Antikoagulation		

Bitte fügen Sie einen entsprechenden Auszug des ICPM-Kataloges erstellt und mit Unterschrift vom Controlling ausschließlich für die angegebenen Zahlen bei. Weiterhin ist eine Liste der durchgeführten Operationen mit Aufschlüsselung nach malignen und benignen Fällen beizufügen

\* Zutreffendes ankreuzen