

**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 in der  
Zusatz-Weiterbildung Immunologie**

**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

Immunologie

## B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Facharztanerkennung  
(wird von LÄK ausgefüllt) \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Teilgebietsanerkennung  
(wird von LÄK ausgefüllt) \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Anerkennung der Zusatzbezeichnung Immunologie \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

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

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

## D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung?

### Klinik/Abteilung

Existieren Kliniken/Abteilungen für:

- Augenheilkunde  ja  nein \*
- Haut- und Geschlechtskrankheiten  ja  nein \*
- Innere Medizin  ja  nein \*
- Innere Medizin und Angiologie  ja  nein \*
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie  ja  nein \*
- Innere Medizin und Gastroenterologie  ja  nein \*
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie  ja  nein \*
- Innere Medizin und Kardiologie  ja  nein \*
- Innere Medizin und Nephrologie  ja  nein \*
- Innere Medizin und Pneumologie  ja  nein \*
- Innere Medizin und Rheumatologie  ja  nein \*
- Kinder- und Jugendmedizin  ja  nein \*
- Neurologie  ja  nein \*

\* Zutreffendes ankreuzen

Sonstiges

---



---



---

## E. Personelle Besetzung (der Immunologie zugeordnet)

### 1. Zahl der Ärzte

Fachärzte (gesamt VK) \_\_\_\_\_ mit der Zusatzbezeichnung \_\_\_\_\_

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) \_\_\_\_\_

### 2. Zahl der wissenschaftlichen Mitarbeiter

davon Fachimmunologen \_\_\_\_\_

## F. Statistische Angaben (die Immunologie betreffend) (siehe Teil 2)

## G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Teil 2)

## H. Laboratoriumseinrichtungen

Beschreibung der fachspezifischen Einrichtung mit Kennzeichnung der Sicherheitsstufen als Grundriss in A4-Größe sowie Geräteliste als **Anlage 2** beifügen.

## I. Weiterbildung

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte (krankenhausintern, regional oder überregional) Fortbildungsveranstaltungen abgehalten? (ggf. als Anlage beifügen)  ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## J. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 3)

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung (mindestens 3 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)

---



---

**L. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Immunologie

davon 6 Monate im immunologischen Labor  ja  nein \*

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit \_\_\_\_\_ Monate Immunologie

\_\_\_\_\_  
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
- Grundriss der fachspezifischen Einrichtung
- statistische Angaben
- Weiterbildungsprogramm

\* Zutreffendes ankreuzen

**Teil 2**

Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (der letzten 12 Monate)

**F. Statistische Angaben**

**Klinik/Abteilung**

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

davon immunologisch relevante Fälle (bitte nach Fachgebieten auflisten):

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**vertragsärztliche Versorgung**

Fallzahl pro Quartal \_\_\_\_\_

davon immunologisch relevante Fälle (bitte nach Fachgebieten auflisten):

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen

## Anlage 3

### Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung in der **Zusatz-Weiterbildung Immunologie**.
- 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

Immunologie

## Anlage 4

## Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*
<b>Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Immunologie</b>		
Wesentliche Gesetze und Richtlinien, z. B. Medizinproduktegesetz, Infektionsschutzgesetz, Transfusionsgesetz, STIKO-Richtlinien		
Grundlagen des adaptiven und angeborenen Immunsystems		
Angeborene und erworbene Immundefekt- und Immundysregulations-Syndrome		
Immunologische Folgen von Frühgeburtlichkeit und Seneszenz		
Auswirkungen immunologischer Störungen auf Impfantworten		
Über-, Unter- und Fehlreaktionen des Immunsystems, z. B. Autoimmunität, Allergie, Autoinflammation		
Grundlagen der allogenen und autologen Organ- und Stammzelltransplantation, akuten und chronischen Abstoßung, Graft versus Host-Disease		
<b>Diagnostische Verfahren</b>		
Zielstrukturen für diagnostische Methoden, z. B. Immunglobuline		
Differentialdiagnose von Allergien		
	Durchführung von serologischen, zellulären, genetischen, funktionellen diagnostischen Verfahren zur Abklärung von pathologischen Entzündungsreaktionen, Immundefekten und Immundysregulations-Syndromen, z. B. Hämophagozytose-Syndrom, Autoimmunproliferatives Syndrom, Late-onset kombinierte Immundefekte, autoinflammatorische Syndrome	
	Durchführung der Diagnostik von Autoimmunopathien	

\* Zutreffendes ankreuzen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*
<b>Therapeutische Verfahren</b>		
	Beratung zum Erkrankungsrisiko sowie Indikationsstellung zur Behandlung von pathologischen Entzündungsreaktionen, Immundefekten und ImmundysregulationsSyndromen	
Prophylaktische und therapeutische Interventionen, z. B. Impfstoffe, Antikörper, Zellpopulationen, Zytokine, Signaltransduktionsmoleküle, Gene		
	Durchführung von prophylaktischen und immuntherapeutischen Verfahren, z. B. Impfungen, Einsatz von Immunsuppressiva und Immunstimulanzien, Biologika, Immunglobulin-Therapie zum Antikörperersatz und zur Immunmodulation, Plasmapherese und Leukapherese, Stammzelltransplantation, spezifische Zell- und Gentherapie	
	Erhebung des Impfstatus nach immunsuppressiver Therapie	

\* Zutreffendes ankreuzen