

## Weiterbildungszeugnis

nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringens vom 14.07.2011,  
zuletzt geändert durch die Dritte Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der  
Landesärztekammer Thüringen vom 11. November 2016 (Ärzteblatt Thüringen, Dezember  
2016, S. 701), in Verbindung mit dem Logbuch

für

\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_  
(Titel, Vorname, Name)

\_\_\_\_\_  
(Weiterbildungsstätte mit Adressangabe)

für die Bezeichnung \_\_\_\_\_.

Name der Weiterbildungsstätte	Zeitraum <small>(Tag/Monat/Jahr)</small>		Name des Weiterbildungs- ermächtigten	Umfang <small>(Unterbrechung*)</small>
	von	bis		
				<input type="checkbox"/> ganztägig <input type="checkbox"/> in Teilzeit: ..... Stunden <input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich <input type="checkbox"/> Unterbrechung: vom ..... bis ..... Grund: ..... <input type="checkbox"/> Die Weiterbildung wurde nicht unterbrochen.
				<input type="checkbox"/> ganztägig <input type="checkbox"/> in Teilzeit: ..... Stunden <input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich <input type="checkbox"/> Unterbrechung: vom ..... bis ..... Grund: ..... <input type="checkbox"/> Die Weiterbildung wurde nicht unterbrochen.
				<input type="checkbox"/> ganztägig <input type="checkbox"/> in Teilzeit: ..... Stunden <input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich <input type="checkbox"/> Unterbrechung: vom ..... bis ..... Grund: ..... <input type="checkbox"/> Die Weiterbildung wurde nicht unterbrochen.

Name der Weiterbildungsstätte	Zeitraum <i>(Tag/Monat/Jahr)</i>		Name des Weiterbildungs-ermächtigten	Umfang <i>(Unterbrechung*)</i>
	von	bis		
				<input type="checkbox"/> ganztägig <input type="checkbox"/> in Teilzeit: ..... Stunden <input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich <input type="checkbox"/> Unterbrechung: vom ..... bis ..... Grund: ..... <input type="checkbox"/> Die Weiterbildung wurde nicht unterbrochen.
				<input type="checkbox"/> ganztägig <input type="checkbox"/> in Teilzeit: ..... Stunden <input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich <input type="checkbox"/> Unterbrechung: vom ..... bis ..... Grund: ..... <input type="checkbox"/> Die Weiterbildung wurde nicht unterbrochen.
				<input type="checkbox"/> ganztägig <input type="checkbox"/> in Teilzeit: ..... Stunden <input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich <input type="checkbox"/> Unterbrechung: vom ..... bis ..... Grund: ..... <input type="checkbox"/> Die Weiterbildung wurde nicht unterbrochen.

\* Bitte Grund angeben (z.B. Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverbot, Mutterschutz, Elternzeit, Sonderbeurlaubung, Wehrdienst, überwiegende wissenschaftliche Tätigkeit usw., s. auch §4 Absatz 4 der WBO 2011).

Hinsichtlich der erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sowie der erbrachten Leistungen in den geforderten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird auf das Logbuch verwiesen.

Persönliche **Anmerkungen**, weitere Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten:

Die Weiterbildung erfolgte im Rahmen einer **Delegation an eine andere Weiterbildungsstätte:**

Ja, an die Weiterbildungsstätte .....  
*(Weiterbildungsstätte mit Adressangabe)*

unter der Anleitung von .....  
(Titel, Vorname, Name des Weiterbildungsermächtigten)

**In diesem Fall ist ein gesondertes Zeugnis für diesen Weiterbildungszeitraum einzureichen.**

- Nein
- Die geforderte Weiterbildung in der **Intensivmedizin** wurde vom .....  
(Tag/Monat/Jahr) bis ..... (Tag/Monat/Jahr) an der Weiterbildungsstätte  
..... ganztätig  
unter Anleitung von ..... (Titel, Vorname, Name des Leiters)  
abgeleistet. **In diesem Fall ist eine Unterschrift der o. g. genannten Leitung auf  
diesem Zeugnis erforderlich.**
- Die geforderte Weiterbildung in der **Notfallaufnahme** wurde vom .....  
(Tag/Monat/Jahr) bis ..... (Tag/Monat/Jahr) an der Weiterbildungsstätte  
..... ganztätig  
unter Anleitung von ..... (Titel, Vorname, Name des Leiters)  
abgeleistet. **In diesem Fall ist eine Unterschrift der o. g. genannten Leitung auf  
diesem Zeugnis erforderlich.**

Im Falle eines **Abschlusszeugnisses** bitte den folgenden Abschnitt ergänzen:

Ich bestätige, dass ..... (Titel, Vorname, Name)  
sämtliche im Logbuch des Fachgebietes aufgeführten Kenntnisse und Erfahrungen erworben  
hat und halte ..... (Titel, Vorname, Name)  
uneingeschränkt geeignet, die Bezeichnung .....  
(Bezeichnung entsprechend der Weiterbildungsordnung) zu führen.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift und Stempel (bei gemeinsam erteilten Weiterbildungsbefugnissen aller zur  
Weiterbildung befugten Ärzte, elektronische Signatur möglich)

.....  
Ort, Datum, ggf. Unterschrift und Stempel Leiter **Notfallaufnahme**

.....  
Ort, Datum, ggf. Unterschrift und Stempel Leiter **Intensivstation**