
**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum
Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

- 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 (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

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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)

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

Anerkennung einer Fachkunde nach RöV

ja nein *

Bitte benennen Sie namentlich für die folgenden Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik jeweils einen entsprechend qualifizierten Arzt, der für das jeweilige Anwendungsgebiet verantwortlich zeichnet.

Sonographien der Gesichts- und Halsweichteile

Sonographien der Nasennebenhöhlen

Doppler- / Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Klinik/Abteilung

Gesamtzahl der operativen Betten _____

Größe der Wachstation bzw. Intensivstation _____

* Zutreffendes ankreuzen

Niederlassung

Beschreibung der Praxis: als **Anlage 2** beifügen, mit Skizze des Grundrisses und Benennung der einzelnen Räume in DIN A4 Größe

E. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

1. Zahl der Ärzte

Oberärzte _____ Stationsärzte _____
 Praxisärzte _____ Weiterbildungsassistenten _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Krankenschwestern/Pfleger _____
 Arzthelferinnen/MFA _____
 Sonstiges Assistenzpersonal _____

F. Statistische Angaben der fachspezifischen Einrichtung (siehe Teil 2)

G. Leistungsstatistik (siehe Teil 2)

H. Sonstige Einrichtungen

Röntgen ja nein *

Leiter _____

CT verfügbar ja nein * MRT verfügbar ja nein *

Sonographie ja nein *

Interventionelle Sonographie ja nein *

Endoskopie ja nein *

Pathologie ja nein *

Leiter _____

Zytologie ja nein *

Labor ja nein *

Leiter _____

Untersuchungen:

Blutgasanalysen ja nein * Elektrolytbestimmungen ja nein *

* Zutreffendes ankreuzen

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Enzymbestimmungen ja nein * Bestimmung der Gerinnungsparameter ja nein *
 Bestimmung von Spurenelementen ja nein * Bestimmung von Tumormarkern ja nein *
 Liquoruntersuchungen ja nein *

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (siehe Teil 2)

J. Weiterbildung

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte Fortbildungsveranstaltungen (hausintern, extern) abgehalten? (ggf. als Anlage beifügen) ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

Art / Bezeichnung der Veranstaltung	Wochenstunden
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Welche Weiterbildungsinhalte gemäß Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung können an der medizinischen Einrichtung nicht vermittelt werden?

Haben Sie bereits Erfahrung in der Weiterbildung auf dem Gebiet der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie?

Bemerkungen

K. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 3)

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

L. 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

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

M. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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.

* Zutreffendes ankreuzen

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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
- Praxisskizze
- Leistungsstatistik
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

- Bitte keine Zirka-Angaben verwenden
- Bitte reichen Sie Teil 2 für jede Weiterbildungsstätte separat ein.

F. Statistische Angaben der fachspezifischen Einrichtung**Klinik/Abteilung**

Krankendurchgang pro Jahr _____

Verpflegungstage pro Jahr _____

Durchschnittliche Verweildauer _____

Belegung im Berichtsjahr _____

Klinische Konsiliartätigkeit ja nein *

Wo _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

Niederlassung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Zahl der Hausbesuche pro Quartal _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

G. Leistungsstatistik

Anzahl

Sonographien der Gesichts- und Halsweichteile _____

Sonographien der Nasennebenhöhlen _____

Doppler- / Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße _____

* Zutreffendes ankreuzen

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	Persönlich
Operative Eingriffe		
<i>dentoalveoläre Chirurgie</i>		
Osteotomien	_____	_____
Fremdkörperentfernung	_____	_____
Reimplantation u. Fixation v. luxierten u. subluxierten Zähnen	_____	_____
Zahnkeimtransplantationen	_____	_____
Wurzelspitzenresektion	_____	_____
Parodontalchirurgische Eingriffe	_____	_____
Sonstige	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<i>septische Chirurgie</i>		
extra- und intraorale Eröffnung von odontogenen Abszessen und Phlegmonen	_____	_____
Sequestrotomien	_____	_____
Kieferhöhlenoperationen	_____	_____
Speichelsteinentfernungen	_____	_____
Gangschlitzungen	_____	_____
Speicheldrüsenexstirpation	_____	_____
Sonstige	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

durchgeführte Eingriffe

Einrichtung

Persönlich

Chirurgie bei Verletzungen

primäre und sekundäre Wiederherstellungschirurgie bei
Gesichtsverletzungen, Gesichtswunden und intraoralen
Weichteilverletzungen

konservative und operative Behandlung von
Alveolarfortsatz- und Kieferbrüchen

operative Versorgung von zentralen, zentrolateralen und
lateralen Mittelgesichtsbrüchen

primäre Knochentransplantation

operative Versorgung von kombinierten Weichteil- und
Knochenverletzungen

Sekundärbehandlung von Verletzungsfolgen

Sonstige

Fehlbildungschirurgie

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Operationen

kraniofaziale Fehlbildungen

Dysostosen

primäre und sekundäre sprachverbessernde Operationen

Sonstige

Kieferorthopädische und Kiefergelenkschirurgie

Osteotomien bei skelettalen Dysgnathien

maxilläre, mandibuläre und bimaxilläre Osteotomien

Segment- und Blockosteotomien

* Zutreffendes ankreuzen

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	Persönlich
Sonstige		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<i>präprothetische Chirurgie</i>		
Narbenhyperplasie	_____	_____
Lappenfibrome und Schlotterkämme	_____	_____
korrigierende Eingriffe zur Beseitigung von Falten, Bändern und Exostosen	_____	_____
Mundvorhofplastik	_____	_____
Mundbodenplastik	_____	_____
Tuberplastik	_____	_____
enossale Implantation	_____	_____
Sonstige		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<i>Tumorchirurgie</i>		
Probeexzisionen	_____	_____
Schnellschnitte	_____	_____
Eingriffe bei Präkanzerosen	_____	_____
Exstirpation bei gutartigen und Radikaloperation bei bösartigen Geschwülsten der Zunge, der Mundschleimhaut, der Lippen, der Speicheldrüsen, der zahnbildenden Gewebe, der Gesichtsschädelknochen und der Gesichtsteile	_____	_____
Resektion gut- und bösartiger Tumore der Speicheldrüsen, der Gesichtsteile und der Orbita	_____	_____
plastische und wiederherstellende Maßnahmen	_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	Persönlich
Sonstige		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Chirurgie an peripheren Gesichtsnerven		
Dekompressionen	_____	_____
Nerven-Verlagerungen	_____	_____
Sonstige		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Plastische und Wiederherstellungschirurgie		
Transplantatbettvorbereitung	_____	_____
Umschneidung von Fern- und Nahlappen	_____	_____
Überpflanzung von Haut, Knochen und Knorpel	_____	_____
plastischer Verschluss von oroantralen Verbindungen	_____	_____
Sonstige		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Sonstige Eingriffe		
Tracheotomien	_____	_____
mikrochirurgische Transplantationen einschließlich des Präparierens von Gefäßanschlüssen	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich) _____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Anlage 3

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- *Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie*
- *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

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie