

---

**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum  
Facharzt für Transfusionsmedizin**

- 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

Transfusionsmedizin

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 \_\_\_\_\_

## C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

## D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Räumliche Ausstattung (einschließlich Grundriss, möglichst in A4-Größe und qm Angabe) der einzelnen Abteilungen und Arbeitsbereiche als **Anlage 2** beifügen.

## E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

### 1. Zahl der Ärzte

\_\_\_\_\_

Oberärzte \_\_\_\_\_ davon mit Gebietsanerkennung \_\_\_\_\_

Praxisärzte \_\_\_\_\_ davon mit Gebietsanerkennung \_\_\_\_\_

### 2. Zahl der Naturwissenschaftler

\_\_\_\_\_

### 3. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

MTA \_\_\_\_\_ Krankenschwestern/-pfleger \_\_\_\_\_

Arzthelferinnen/MFA \_\_\_\_\_ Sonstige Mitarbeiter \_\_\_\_\_

## F. Statistische Angaben

Patientendurchgang pro Quartal \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Transfusionsmedizin

### G. Leistungsstatistik

Der Vordruck für die Leistungsstatistik der Klinik / der Abteilung / des Institutes der letzten 12 Monate befindet sich in **Teil 2** dieses Antrages.

Bitte reichen Sie Teil 2 für jede Weiterbildungsstätte separat ein.

### H. Apparative Ausstattung der einzelnen Abteilungen, Bereiche (als Anlage 3 beifügen)

Aufschlüsselung von Spezialinstrumenten, Geräteausstattung u. ä.

### I. Sonstige Einrichtungen (ggf. als Anlage 4 beifügen)

Angaben zur Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (z. B. Labor u. ä.)

### K. Zahl der jährlich erstellten wissenschaftlichen Gutachten

\_\_\_\_\_

### L. Weiterbildung

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

ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

### M. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 5)

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

\* Zutreffendes ankreuzen

**N. 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 \*

**O. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Transfusionsmedizin

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Transfusionsmedizin

\_\_\_\_\_  
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 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
- Räumliche Ausstattung
- Leistungsstatistik
- Apparative Ausstattung
- Sonstige Einrichtungen
- Weiterbildungsprogramm

\* Zutreffendes ankreuzen



**Thrombozytenkonzentrate (TK) – homolog**

Angaben in TE

leukozytendepletiertes TK – ESP \_\_\_\_\_

leukozytendepletiertes TK – 4-Pool \_\_\_\_\_

leukozytendepletiertes TK – 6-Pool \_\_\_\_\_

Thrombapheresekonzentrate – einfach \_\_\_\_\_

Thrombapheresekonzentrate – doppel \_\_\_\_\_

Thrombapheresekonzentrate – sonstige \_\_\_\_\_

Thrombapheresekonzentrate – HLA-kompatibel \_\_\_\_\_

Thrombozytenkonzentrat – bestrahlt – Pool \_\_\_\_\_

Thrombozytenkonzentrat – bestrahlt – Apherese \_\_\_\_\_

Granulozytenkonzentrate \_\_\_\_\_

Stammzellapheresen allogene \_\_\_\_\_

Stammzellapheresen autolog \_\_\_\_\_

Stammzellgewinnung mittels KM-Entnahme \_\_\_\_\_

dendritische Zellen \_\_\_\_\_

Lymphozyten \_\_\_\_\_

**Herstellung autologer Blutabnahmen**

leukozytendepletiertes Vollblut \_\_\_\_\_

Erythrozytenkonzentrat filtriert / nichtfiltriert \_\_\_\_\_

Plasma \_\_\_\_\_

Thrombozyten \_\_\_\_\_

Erythrozyten mittels Apherese \_\_\_\_\_

Thrombozyten mittels Apherese \_\_\_\_\_

Plasmapherese \_\_\_\_\_

**Ambulante Transfusionen**

Erythrozyten \_\_\_\_\_

Thrombozyten \_\_\_\_\_

Gefrierfrischplasma \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Angaben in TE

Lyophilisiertes Plasma

\_\_\_\_\_

Plasmaderivate

\_\_\_\_\_

**Therapeutische Apheresen**

Anzahl pro Jahr

Erythapheresen

\_\_\_\_\_

Plasmaaustausch

\_\_\_\_\_

Leukapheresen

\_\_\_\_\_

LDL-Apherese

\_\_\_\_\_

Rheophorese

\_\_\_\_\_

Immunadsorption

\_\_\_\_\_

Plasmapherese

\_\_\_\_\_

Photopherese

\_\_\_\_\_

Hämodilutionen

\_\_\_\_\_

Aderlass

\_\_\_\_\_

**Spezielle Untersuchungsmethoden**

***HLA-Typisierung***

HLA-Class I

serologisch

\_\_\_\_\_

molekulargenetisch – 2digits

\_\_\_\_\_

molekulargenetisch – 4digits

\_\_\_\_\_

HLA-Class II

serologisch

\_\_\_\_\_

molekulargenetisch – 2digits

\_\_\_\_\_

molekulargenetisch – 4digits

\_\_\_\_\_

Sequenzierung von HLA-Merkmalen

\_\_\_\_\_

HPA-Typisierung

\_\_\_\_\_

HNA-Typisierung

\_\_\_\_\_

***Antikörperdiagnostik - Screening***

HLA-Antikörper HLA-Class I

serologisch / LCT

\_\_\_\_\_

/ ELISA

\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Anzahl pro Jahr

HLA-Antikörper HLA-Class II    serologisch / LCT  
/ ELISA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Antikörperdiagnostik - Differenzierung**

HLA-Antikörper HLA-Class I    serologisch / LCT  
/ ELISA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HLA-Antikörper HLA-Class II    serologisch / LCT  
/ ELISA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HPA-Antikörper – ELISA

Methode \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Kompatibilitätstestung (Kreuztest)**

von Transfusionen

\_\_\_\_\_

von Transplantationen

\_\_\_\_\_

**Gerinnungsdiagnostik**

Infektionsdiagnostik im Rahmen der Arzneimittelherstellung

\_\_\_\_\_

Blutgruppenserologische Untersuchungen

\_\_\_\_\_

**Weitere Untersuchungs- und Behandlungsverfahren**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen



