



Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum Facharzt für Viszeralchirurgie

- 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

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.

Sonographie des Abdomens und Retroperitoneums (einschl. Nieren)

Untersuchungen der Urogenitalorgane

Duplex-Sonographie der abdominalen und retroperitonealen Gefäße

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

- * Zutreffendes ankreuzen

D. Struktur der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl der viszeralchirurgischen Klinik/Abteilung _____

| | | Bettenzahl | Leiter |
|--|---|------------|--------|
| Allgemeinchirurgische Struktureinheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | _____ | _____ |
| Gefäßchirurgische Struktureinheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | _____ | _____ |
| Herzchirurgische Struktureinheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | _____ | _____ |
| Kinderchirurgische Struktureinheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | _____ | _____ |
| Orthopäd. u. Unfallchirurgische Struktureinheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | _____ | _____ |
| Plastisch-Chirurgische Struktureinheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | _____ | _____ |
| Thoraxchirurgische Struktureinheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | _____ | _____ |
| Sonstige: _____ | | _____ | _____ |
| _____ | | _____ | _____ |
| _____ | | _____ | _____ |

Intensivabteilung

a) Zentrale Intensivabteilung ja nein * Leiter _____

Gesamtbettenzahl _____ Zahl der Dauerbeatmungsplätze _____

Zahl der chirurgisch genutzten intensivtherapeutischen Betten _____

b) Chirurgische Intensivabteilung ja nein * Leiter _____

Gesamtbettenzahl _____ Zahl der Dauerbeatmungsplätze _____

Ist die Möglichkeit der Dialyse gegeben? ja nein * Anzahl der Plätze _____

Niederlassung

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

E. Notfallaufnahme

Leiter _____

Akutkrankenhaus ja nein *

- * Zutreffendes ankreuzen

Viszeralchirurgie

F. 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 _____

G. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

H. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe Teil 2)

I. Sonstige Einrichtungen

Operationstrakt der gesamten Klinik

Zahl der betriebenen Operationssäle _____

davon aseptisch _____ septisch _____

Zahl der Operationstische _____

davon aseptisch _____ septisch _____

Wie viele viszeralchirurgisch genutzte Operationsräume gibt es? _____

Radiologie

Zentrale Röntgenabteilung ja nein * Leiter _____

Eigene Röntgenabteilung ja nein * Leiter _____

Außer den konventionellen röntgendiagnostischen Verfahren sind für die Weiterbildungseinrichtung nutzbar:

Digitale Subtraktionsangiographie ja nein *

Computertomographie ja nein *

Magnetresonanztomographie ja nein *

Isotopenuntersuchung ja nein *

- * Zutreffendes ankreuzen

Viszeralchirurgie

Sonographie ja nein *

Wo _____

Interventionelle Sonographie

 ja nein ***Labor** am Haus vorhanden ja nein *

Leiter _____

Wenn nicht, wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt und wer zeichnet dafür verantwortlich?

Pathologie am Haus vorhanden ja nein *

Leiter _____

Wenn nicht, wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt und wer zeichnet dafür verantwortlich?

J. Zahl der eigenen wissenschaftlich begründeten Gutachten (siehe Teil 2)**K. Weiterbildung**

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

 ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

In welcher Weise erfolgen in der Einrichtung Qualitätskontrollen der medizinischen Betreuungsleistungen (z. B. anlässlich von Röntgenvisiten, klinischen Obduktionen, Todesfall- oder Komplikationsanalysen)?

Welche Weiterbildungsinhalte gemäß den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung können an der Einrichtung nicht vermittelt werden?

- * Zutreffendes ankreuzen

L. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 3)

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

M. 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 *

N. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Basisweiterbildung

einschließlich 6 Monate Notfallaufnahme ja nein *

einschließlich 6 Monate Intensivmedizin ja nein *

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Viszeralchirurgie (Special Trunk)

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Viszeralchirurgie

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 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
 Praxisskizze Weiterbildungsprogramm

- * Zutreffendes ankreuzen

Viszeralchirurgie

Teil 2

Zeitraum von _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

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

G. Statistische Angaben**viszeralchirurgische Klinik/Abteilung**

Krankendurchgang pro Jahr _____

Durchschnittliche Verweildauer (%) _____

Durchschnittliche Bettenauslastung (%) _____

Klinische Konsiliartätigkeit ja nein *

Wo _____

Niederlassung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Zahl der Hausbesuche pro Quartal _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

H. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**Untersuchungen**

| | Einrichtung | Persönlich |
|--|-------------|------------|
| sonographische Untersuchungen des Abdomens, des Retroperitoneums und der Urogenitalorgane | _____ | _____ |
| Durchführung und Befundung von Rekto-/Sigmoidoskopien | _____ | _____ |

- * Zutreffendes ankreuzen

Klinik/Abteilung**Operative Eingriffe**

| | Einrichtung | Persönlich |
|---|-------------|------------|
| Kopf/Hals z. B. Schilddrüsenresektionen, Tracheotomien | _____ | _____ |
| an Brustwand einschließlich Thorakotomie und Thoraxdrainagen | _____ | _____ |
| an Bauchwand und Bauchhöhle einschließlich Resektionen, Übernähungen, Exstirpationen, endoskopischer und interventioneller Techniken, z. B. Lymphknotenexstirpationen, Entfernung von Weichteilgeschwülsten, explorative Laparotomie, Magen-, Dünndarm- und Dickdarmresektionen, Notversorgung von Leber- und Milzverletzungen, Appendektomie, Anus- <i>praeter</i> -Anlage, Hämorrhoidektomie, periproktitische Abszess-Spaltung, Fistel- und Fissur-Versorgung, | _____ | _____ |
| davon Cholezystektomien | _____ | _____ |
| Herniotomien | _____ | _____ |
| Appendektomien | _____ | _____ |
| Adhäsiolysen | _____ | _____ |
| Dünndarm-Resektionen | _____ | _____ |
| Dickdarm-Resektionen | _____ | _____ |
| proktologische Operationen | _____ | _____ |
| Eingriffe an Haut- und Weichgewebe bei entzündlichen und Tumorerkrankungen | _____ | _____ |
| Notfalleingriffe des Bauchraums, z. B. bei Ileus, Blutung, Peritonitis, Mesenterialinfarkt einschließlich Thrombektomie und Embolektomie der Viszeralgefäße | _____ | _____ |
| Port-Implantationen | _____ | _____ |

Niederlassung

Krankheits- bzw. Diagnosestatistik der letzten 12 Monate (keine Vorgaben)

- * Zutreffendes ankreuzen

J. Zahl der eigenen wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich) _____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

- * Zutreffendes ankreuzen

Anlage 3

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- *Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt Viszeralchirurgie*
- *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

Viszeralchirurgie