
**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum
Facharzt für Innere Medizin und Angiologie**

- 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: _____

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)

_____ seit _____

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen
 (wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

Anerkennung einer Fachkunde nach RöV

ja nein *

Bitte benennen Sie namentlich einen Arzt, der für die Vermittlung der Kenntnisse im Strahlenschutz verantwortlich zeichnet und im Besitz der Fachkunde im Strahlenschutz für die Röntgendiagnostik des nachfolgenden Anwendungsgebietes ist:

Röntgendiagnostik des Gefäßsystems

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

Untersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane

Untersuchungen der Schilddrüse

Doppler- / Duplex-Sonographie der extremitätenversorgenden Gefäße

Doppler- / Duplex-Sonographie der abdominalen und retroperitonealen Gefäße

Doppler- / Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnzuführenden Gefäße

* Zutreffendes ankreuzen

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als **Anlage 1** beifügen)**D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung****Klinik/Abteilung**

Gesamtbettenzahl der Kliniken _____

Angiologische Abteilung

Betten _____

Leiter _____

Existieren Kliniken/Abteilungen für:

Bettenzahl

Leiter

Endokrinologie und Diabetologie

 ja nein *

Gastroenterologie

 ja nein *

Hämatologie und Onkologie

 ja nein *

Kardiologie

 ja nein *

Nephrologie

 ja nein *

Pneumologie

 ja nein *

Rheumatologie

 ja nein *

Intensivabteilung ja nein *

Betten _____

Leiter _____

Zahl der Herz-Lungen-Wiederbelebungen (der letzten 12 Monate) _____

davon mit endotrachealer Intubation und elektrischer Defibrillation _____

Ambulanter Bereich

Spezialsprechstunde

 ja nein *

Welche _____

Ambulante Tätigkeit

 ja nein *

In welcher Form: _____

Patientendurchgang pro Quartal _____

* 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 medizinisches Personal _____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)**G. Krankheits- und Leistungsstatistik (siehe Teil 2)****H. Liste des Instrumentariums (als Anlage 3 anfügen)**

Geräteausstattung zur angiologischen Diagnostik und Therapie der Klinik/Abteilung/Niederlassung.

I. Sonstige Einrichtungen

Röntgenabteilung ja nein *

Leiter _____

Führen angehende Angiologen die Röntgenuntersuchungen ihrer Patienten laufend durch? ja nein *

Werden gemeinsame Röntgenvisiten mit Angiologen und Radiologen durchgeführt? ja nein *

CT verfügbar ja nein *

MRT verfügbar ja nein *

Therapeutische Katheterintervention ja nein *

Differenzierte Angaben der Untersuchungen:

* Zutreffendes ankreuzen

Angiographie

ja nein *

Differenzierte Angaben der Untersuchungen:

Pathologie an der Einrichtung

ja nein *

Eigenes Labor

ja nein *

Leiter _____

Plasmaviskositätsmessungen

ja nein *

Erythrozytenaggregationsmessungen

ja nein *

Weitere fachspezifische Untersuchungen:

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

L. Weiterbildung

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

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

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

Welche vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte können in der medizinischen Einrichtung nicht vermittelt werden?

* Zutreffendes ankreuzen

M. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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

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 Angiologie

Einschließlich Weiterbildungsermächtigung für 6 Monate ambulanter Bereich

ja nein *

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Angiologie

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
- Praxisstizze
- Leistungsstatistik
- Weiterbildungsprogramm
- Geräteausstattung

* Zutreffendes ankreuzen

Anlage 4

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- *Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Angiologie*
- *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

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (über einen Zeitraum von 12 Monaten)

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

F. Statistische Angaben**Klinik/Abteilung**

Behandlungsfälle pro Jahr (nur Angiologie) _____

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 Angiologie**Sonographien**

Doppler-Sonographien der

Anzahl

extremitätenversorgenden Arterien

ja nein *

extremitätenversorgenden Venen

ja nein *

abdominellen und retroperitonealen Gefäße

ja nein *

extrakraniellen hirnzuführenden Gefäße

ja nein *

intrakraniellen Gefäße

ja nein *

* Zutreffendes ankreuzen

Duplex-Sonographien der		Anzahl
extremitätenversorgenden Arterien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
extremitätenversorgenden Venen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
abdominellen und retroperitonealen Gefäße	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
extrakraniellen hirnzuführenden Gefäße	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
intrakraniellen Gefäße	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
invasive und nichtinvasive Funktionsuntersuchungen		
Doppler-Druckmessungen der peripheren Arterien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
Gehstreckenbestimmungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
Lichtreflexrheografien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
Oszillografien / Rheografien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
Phlebodynamometrien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
transkutane Sauerstoffdruckmessungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
Venenverschlussplethysmografien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
Kapillarmikroskopien der Extremitäten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
rheologische Untersuchungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____
_____		_____
_____		_____

K. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich) _____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel