

---

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

- 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 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 extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

\_\_\_\_\_

Doppler-/Duplex-Sonographien an endokrinen Organen

\_\_\_\_\_

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

**D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung**

**Klinik/Abteilung**

Gesamtbettenzahl der Kliniken \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Endokrinologische und diabetologische Abteilung

Betten \_\_\_\_\_

Leiter \_\_\_\_\_

Existieren Kliniken/Abteilungen für:

Bettenzahl

Leiter

Angiologie

 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 \_\_\_\_\_

Mitbelegung/Mitbetreuung durch die endokrinologische und diabetologische Abteilung

 ja  nein \***Ambulanter Bereich**

Spezialsprechstunde

 ja  nein \*

Welche \_\_\_\_\_

Ambulante Tätigkeit

 ja  nein \*

In welcher Form: \_\_\_\_\_

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen

## 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. Sonstige Einrichtungen

### Röntgenabteilung

Eigene Röntgenabteilung  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Zentrale Röntgenabteilung  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

**Pathologie** an der Einrichtung  ja  nein \*

**Eigenes Labor**  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Wenn nicht, wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt?

\_\_\_\_\_

### Intensivtherapie endokriner Krisen

Welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zugang zur Intensivstation**  ja  nein \*

\* Zutreffendes ankreuzen

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

## K. Weiterbildung

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

ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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 Endokrinologie und Diabetologie

**Einschließlich** Weiterbildungsermächtigung für 6 Monate ambulanter Bereich  ja  nein \*

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Endokrinologie und Diabetologie

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen

Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die persönliche Weiterbildungs-ermächtigung 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?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beruflicher Werdegang | <input type="checkbox"/> Praxisskizze           |
| <input type="checkbox"/> Leistungsstatistik    | <input type="checkbox"/> Weiterbildungsprogramm |



**Teil 2**

**Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_** (der letzten 12 Monate)

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

**F. Statistische Angaben****Klinik/Abteilung**

Behandlungsfälle pro Jahr (nur Endokrinologie und Diabetologie) \_\_\_\_\_

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 Endokrinologie und Diabetologie**

**Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme** Anzahl ambulant Anzahl stationär

Diabetes mellitus Typ II ohne Insulinbehandlung \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus Typ II mit konventioneller Insulinbehandlung \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus Typ II mit Normalinsulinbehandlung \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus Typ I mit intensivierter Insulinbehandlung \_\_\_\_\_

Bluthochdruck \_\_\_\_\_

**Strukturierte Schulungskurse** Anzahl

Für Typ 1-Diabetiker mit und ohne Komplikationen \_\_\_\_\_

Für Typ 2-Diabetiker mit und ohne Komplikationen \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen



Anzahl

Für schwangere Diabetikerinnen

\_\_\_\_\_

Zur Hypoglykämiewahrnehmung

\_\_\_\_\_

**Hormonbestimmungen**

Gonadotropine

\_\_\_\_\_

Wachstumshormon

\_\_\_\_\_

ACTH

\_\_\_\_\_

Prolaktin

\_\_\_\_\_

TSH

\_\_\_\_\_

Schilddrüsenhormone

\_\_\_\_\_

Insulin

\_\_\_\_\_

Parathormon

\_\_\_\_\_

C-Peptid

\_\_\_\_\_

25-OH-CC

\_\_\_\_\_

Kortisol

\_\_\_\_\_

Testosteron

\_\_\_\_\_

DHEAS

\_\_\_\_\_

17-OH-Progesteron

\_\_\_\_\_

Aldosteron

\_\_\_\_\_

PRA/Renin

\_\_\_\_\_

Calcitonin

\_\_\_\_\_

Noradrenalin

\_\_\_\_\_

Adrenalin

\_\_\_\_\_

Dopamin

\_\_\_\_\_

Antikörper-Bestimmungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Anzahl

sonstige \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Funktionsprüfungen

Glukosebelastungen \_\_\_\_\_

mit Insulinbestimmung \_\_\_\_\_

mit Wachstumshormonbestimmung \_\_\_\_\_

besonderen Stimulation- oder Suppressionsteste bei endokrinologischen Erkrankungen

des endokrinen Pankreas \_\_\_\_\_

des Hypothalamus \_\_\_\_\_

der Hypophyse \_\_\_\_\_

der Schilddrüse \_\_\_\_\_

der Nebennieren \_\_\_\_\_

der Gonaden \_\_\_\_\_

weitere

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Ultraschalluntersuchungen

Anzahl

Duplex-Sonographien an endokrinen Organen \_\_\_\_\_

Feinnadelpunktionen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**weitere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

Insulinpumpentherapie

\_\_\_\_\_

Osteodensitometrie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich)**

\_\_\_\_\_

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

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