

---

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

- 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  
(wird von LÄK ausgefüllt) \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Teilgebietsanerkennung  
(wird von LÄK ausgefüllt) \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Anerkennung weiterer 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 der Nierengefäße einschließlich bei Transplantatnieren

\_\_\_\_\_

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

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

**Klinik/Abteilung**

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

\* Zutreffendes ankreuzen

Nephrologische Abteilung

Betten \_\_\_\_\_

Leiter \_\_\_\_\_

Existieren Kliniken/Abteilungen für:

Bettenzahl

Leiter

Angiologie

 ja  nein \* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Endokrinologie und Diabetologie

 ja  nein \* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gastroenterologie

 ja  nein \* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hämatologie und Onkologie

 ja  nein \* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kardiologie

 ja  nein \* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pneumologie

 ja  nein \* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rheumatologie

 ja  nein \* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Intensivabteilung ja  nein \* Betten

\_\_\_\_\_

Leiter \_\_\_\_\_

Gesamt-ITS-Fallzahl \_\_\_\_\_

**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. Leistungsstatistik (siehe Teil 2)

## H. Sonstige Einrichtungen

### Röntgen

Zentrale Röntgenabteilung  ja  nein \*      Eigene Röntgenabteilung  ja  nein \*  
 Leiter \_\_\_\_\_

Führen angehende Internisten und Nephrologen die Röntgenuntersuchungen ihrer Patienten laufend durch?  ja  nein \*

Werden gemeinsame Röntgenvisiten mit Internisten und Radiologen durchgeführt?  ja  nein \*

CT verfügbar  ja  nein \*      MRT verfügbar  ja  nein \*

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

**Eigenes Labor**  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Falls kein eigenes Labor vorhanden ist, wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt?  
 \_\_\_\_\_

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

\* Zutreffendes ankreuzen

## K. Weiterbildung

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

ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

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

Welche Weiterbildungsinhalte gemäß den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung können an der 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 Innere Medizin und Nephrologie

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

**Einschließlich** Weiterbildungsermächtigung für 6 Monate Dialyse  ja  nein \*

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit \_\_\_\_\_ Monate Innere Medizin Nephrologie

\_\_\_\_\_  
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

Praxisskizze

statistische Angaben

Weiterbildungsprogramm



**Teil 2**

Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (für einen Zeitraum von 12 Monaten)

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

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

Krankendurchgang pro Jahr (nur Nephrologie) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

davon mit Niereninsuffizienz \_\_\_\_\_

davon mit Nierentransplantaten \_\_\_\_\_

Zahl der Hausbesuche pro Quartal \_\_\_\_\_

Belegbetten  ja  nein \*

Zahl

Wo \_\_\_\_\_

**G. Leistungsstatistik****Untersuchungsverfahren**

Anzahl

Nierenbiopsien \_\_\_\_\_

Nierenultraschall ein- und beidseitig bei Transplantatnieren bei Patienten \_\_\_\_\_

Doppler-/Duplex-Sonographien der Nierengefäße einschließlich bei Transplantatnieren \_\_\_\_\_

Urographie \_\_\_\_\_

nuklearmedizinische Untersuchungen der Nieren \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen



<b>Behandlungen / Fälle</b>	<b>Anzahl stationär</b>	<b>Anzahl ambulant</b>
Behandlungsplätze der Dialyseeinheit (akut / chronisch)	_____	_____
akute Dialysebehandlungen	_____	_____
chronische Dialysebehandlungen	_____	_____
Patienten nach Nierentransplantationen	_____	_____
		<b>Anzahl</b>
Heimhämodialysepatienten		_____
Behandlungen wegen exogenen Intoxikationen		_____
ambulant betreute Patienten		_____
arteriovenöse Hämofiltrationsbehandlungen		_____
venovenöse Hämofiltrationsbehandlungen		_____
arteriovenöse Hämodiafiltrationsbehandlungen		_____
venovenöse Hämodiafiltrationsbehandlungen		_____
intermittierende Peritonealdialyseverfahren		_____
Plasmaseparationen		_____
Apheresebehandlungen		_____
Rheopheresebehandlungen		_____
CAPD / CCPD-Patienten		_____
Detoxikationen mittels Hämo-perfusion		_____
<b>I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten</b>		_____

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

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