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

- 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 weiterer Zusatzbezeichnungen
 (wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

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 der nachfolgenden Anwendungsgebiete ist:

Röntgendiagnostik des Schädels

Röntgendiagnostik des Thorax

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

* Zutreffendes ankreuzen

Untersuchungen des rechten Herzens und des Lungenkreislaufes

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

D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl der Kliniken _____

Pneumologische Abteilung

Gesamtbettenzahl _____

davon Männer _____

Frauen _____

Kinder _____

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 * _____

Nephrologie ja nein * _____

Rheumatologie ja nein * _____

sonstige _____ ja nein * _____

_____ ja nein * _____

Intensivabteilung ja nein * Betten _____

Mitbelegung/Mitbetreuung durch die internistisch/pneumologische Abteilung ja nein *

Leiter _____

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

Zahl der beatmeten Patienten (der letzten 12 Monate) _____

Schlaflabor ja nein * Betten _____

Leiter _____

* Zutreffendes ankreuzen

Ambulanter BereichSpezialsprechstunde ja nein *Welche _____
_____Ambulante Tätigkeit ja nein *In welcher Form: _____

Patientendurchgang pro Quartal _____

NiederlassungBeschreibung 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. Leistungsstatistik** (siehe Teil 2)**H. Sonstige Einrichtungen****Röntgen**Zentrale Röntgenabteilung ja nein *Eigene Röntgenabteilung ja nein *

Leiter _____

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

* Zutreffendes ankreuzen

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

CT verfügbar ja nein *

MRT verfügbar ja nein *

Szintigraphie verfügbar ja nein *

Sonographie ja nein *

wo _____

Pathologie an der Einrichtung ja nein *

Eigenes Labor ja nein *

Leiter _____

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

Physiotherapie ja nein *

sonstiges

I. Zahl der 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

* Zutreffendes ankreuzen

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

L. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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 Pneumologie

Einschließlich Weiterbildungsermächtigung für 6 Monate ambulanter Bereich

ja nein *

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Innere Medizin und Pneumologie

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

* Zutreffendes ankreuzen

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 Pneumologie) _____

Verpflegungstage pro Jahr _____

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**Sonographie**

Anzahl

sonographische Diagnostik des rechten Herzens und des Lungenkreislaufes _____

transoesophageale Untersuchungen des Mediastinums _____

Bronchoskopien starr _____

flexibel _____

davon mit Probeexcisionen zentral _____

davon mit Probeexcisionen peripher _____

Katheterbiopsien / Bürstenbiopsien _____

* Zutreffendes ankreuzen

perbronchiale Punktionen

broncho-alveoläre Lavage

interventionelle Verfahren

Bronchographien

Thorakoskopien

Mediastinoskopien

Punktionen der Lunge

der Pleura

perthorakal von Lunge oder pulmonalen Raumforderungen

Pleuradrainagen und Pleurodesen

Funktionsuntersuchungen der Atmungsorgane

Ganzkörperplethysmographie

Blutgasanalyse

Diffusionsmessungen

Untersuchungen von Atempump-Funktion und Atemmechanik

Unspezifische Hyperreagibilitätstestung der unteren Atemwege

Oxyergometrie

Spiroergometrie

Oszillogr. Methode

Untersuchungen des Lungenkreislaufs einschließlich Rechtsherzkatheter

Sonstige

EKG ja nein *

Oesophagus pH-Metrie

 ja nein * _____

* Zutreffendes ankreuzen

Endoskopie

Videoendoskopieausrüstung

 ja nein *

Vollständige Bronchoskopieausrüstung

 ja nein *

Thorakoskopieausrüstung

 ja nein *

Mediastinoskopieausrüstung

 ja nein * ja nein ***Geräteausstattung zur Lungenfunktionsprüfung**

(mit Angabe von Geräten und Typen)

Spirometer

 ja nein *

Ganzkörperplethysmograph

 ja nein *

Ergospirometer

 ja nein *

Blutgasgerät

 ja nein *

Geräte zur blutigen Druckmessung

 ja nein *

Diffusionsmessplatz

 ja nein *

Sonstige _____

Schlafapnoe-Diagnostik ja nein *

Ausstattung:

Screening-Geräte

 ja nein *

Welche _____

Polysomnographie

 ja nein *

Standardisierte Therapiekontrolle nCPAP / BiPAP

 ja nein *

Arbeitsplätze _____

Screening _____ Patienten _____ Untersuchungen _____

Polysomnographie _____ Patienten _____ Untersuchungen _____

* Zutreffendes ankreuzen

Laboruntersuchungen (eigene)

Tbc	Anzahl
Mikroskopische Untersuchungen	_____
Kulturverfahren	_____
Resistenzprüfungen	_____
Typenbestimmungen	_____

Allgemeine Bakteriologie

Mikroskopische Untersuchungen	_____
Kulturverfahren	_____
Resistenzbestimmungen	_____

Tuberkulin- / Allergietestungen

Tuberkulin	_____
davon Mendel-Mantoux	_____
Allergietests	_____
Hauttestungen Prick	_____
intracutan	_____
andere (z. B. Provokationstests)	_____

Hyposensibilisierungen _____

Besondere Therapieformen ja nein * _____

Ggf. welche _____

Chemotherapie (Anzahl der Zyklen) _____

Beatmungstherapie ja nein * _____

invasive Dauerbeatmung	_____
nicht invasive Dauerbeatmung	_____
intermittierend nächtlich	_____
CPAP	_____
Heimbeatmung	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Anzahl

atmungsunterstützende Maßnahmen bei nicht intubierten Patienten

Sauerstofflangzeittherapie

Beatmungsentwöhnung bei Langzeit-Beatmeten

Narkosemöglichkeit (intratracheal) ja nein ***Möglichkeiten der Strahlentherapie** ja nein *

Wo _____

Intensivmedizin

Beatmung

 ja nein *

Überwachung

 ja nein *

Entwöhnung (Weaning)

 ja nein ***Leistungsstatistik Medikamentöse Tumortherapie**

Anzahl

Therapiefälle (wenn möglich, exakte Zahlenangaben)

Chemotherapiezyklen

Behandlungen mit

Zytostatika

Immunsuppressiva

Hormonpräparaten

monoklonalen Antikörpern

Interdisziplinäre Tumorkonsilien

Supportive Behandlungsmaßnahmen

Blutzellersatz

Erythrozyten

Periphere Stammzellseparation

Stammzelltransplantationen

Thrombozyten

Plasma- und Leukapherese

Prophylaxe und Therapie von Infektionen

* Zutreffendes ankreuzen

Anzahl

Schmerztherapie

Ernährung

Gerinnungsstörungen

Fibrinolytische- und Antikoagulantien-Therapie

Weitere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich)

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel