

## Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

- 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: \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

## B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Beschreibung des derzeitigen Tätigkeitsfeldes:

---



---



---



---

## C. Beruflicher Werdegang und Ausbildungsabschlüsse (als Anlage 1 beifügen)

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

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

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

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen  
(wird von LÄK ausgefüllt)

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

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

Liegen abgeschlossene Weiterbildungen (bitte Nachweis beifügen) in

Verhaltenstherapie  ja  nein \*

Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie  ja  nein \*

bzw. wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und Methoden vor?  
(Bitte ausführliche Angaben hierzu:)  ja  nein \*

---



---



---

Liegt die Anerkennung als Supervisor vor?  ja  nein \* seit \_\_\_\_\_

Wenn nicht, wie ist die Vermittlung der entsprechenden Weiterbildungsinhalte organisiert?

---



---

## D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung

### Klinik/Abteilung

Gesamtzahl der psychiatrischen/psychotherapeutischen Betten \_\_\_\_\_

Gesamtzahl der psychiatrisch/psychotherapeutischen teilstationären Behandlungsplätze \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Ambulanz  ja  nein \*

Pflichtversorgung

ja  nein \*

Behandlung von untergebrachten Patienten

ja  nein \*

Beschreibung der Struktur, des Behandlungsprofils, der Einrichtung und des Pflichtversorgungsgebietes:

---



---



---



---



---



---

### 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 fachspezifischen Einrichtung

### 1. Zahl der Ärzte (insgesamt)

\_\_\_\_\_

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

\_\_\_\_\_

Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

\_\_\_\_\_

Sonstige Fachärzte

\_\_\_\_\_

Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

\_\_\_\_\_

Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse

\_\_\_\_\_

### 2. Zahl des nichtärztlichen Personals

Psychologen

\_\_\_\_\_

Pflegepersonal

\_\_\_\_\_

Sozialarbeiter/Sozialpädagogen

\_\_\_\_\_

Ergotherapeuten

\_\_\_\_\_

Bewegungstherapeuten

\_\_\_\_\_

Sonstige Therapeuten

\_\_\_\_\_

Arzthelferinnen/MFA

\_\_\_\_\_

## F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

## G. Krankheits- und Leistungsstatistik (siehe Teil 2)

\* Zutreffendes ankreuzen

## H. Diagnostische und Therapeutische Leistungen

### 1. Neurophysiologische Abteilung

Eigene Abteilung  ja  nein \*                      Zentrale Abteilung  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

### 2. Pathologie

ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Falls keine eigene Pathologie vorhanden ist – mit wem besteht ein Kooperationsvertrag?

\_\_\_\_\_

### 3. Labor

Eigenes Labor  ja  nein \*                      Zentrallabor  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Werden Plasmaspiegelbestimmungen von Medikamenten regelmäßig durchgeführt?  ja  nein \*

Falls kein eigenes Labor vorhanden ist – mit wem besteht ein Kooperationsvertrag?

\_\_\_\_\_

### 4. Radiologische und nuklearmedizinische Diagnostik

Eigene Abteilung  ja  nein \*                      Zentrale Abteilung  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Falls keine radiologische Abteilung vorhanden ist – mit wem besteht ein Kooperationsvertrag?

\_\_\_\_\_

### 5. Psychologische Diagnostik

ja  nein \*

Gesamtzahl der untersuchten Personen der letzten 12 Monate \_\_\_\_\_

Welche Testverfahren kommen zur Anwendung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

## 6. Stationäre und nachstationäre Psychotherapie

Bitte geben Sie die Häufigkeit in der Abstufung wie oft wöchentlich, monatlich bzw. selten und nie an.

Entspannungsverfahren (autogenes Training, Muskelrelaxation nach Jakobson u. a.)

---

Stützende und übende Psychotherapie

---

Verhaltenstherapeutische Einzeltherapie

---

Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie

---

Analytische Einzeltherapie

---

Analytische Gruppentherapie

---

Psychodynamisch orientierte Fokal- oder Kurztherapie

---

Gesprächstherapie

---

Psychotherapeutische Verfahren bei endogenen Psychosen

---

Psychotherapie bei Depressionen (IPT / Kogn. Therapie)

---

Sonstige Gruppenpsychotherapie

---

Sonstige Einzelpsychotherapie

---

Angehörigengruppe der Patienten mit depressiven Störungen

---

Angehörigengruppe der Psychosekranken

---

Sonstige Angehörigengruppen

---

\* Zutreffendes ankreuzen

## 7. Ambulante Psychotherapie in der Psychiatrischen Institutsambulanz/Tagesklinik

Bitte geben Sie die Häufigkeit in der Abstufung wie oft wöchentlich, monatlich bzw. selten und nie an.

Entspannungsverfahren (autogenes Training, Muskelrelaxation nach Jakobson u. a.)

---

Stützende und übende Psychotherapie

---

Verhaltenstherapeutische Einzeltherapie

---

Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie

---

Analytische Einzeltherapie

---

Analytische Gruppentherapie

---

Psychodynamisch orientierte Fokal- oder Kurztherapie

---

Gesprächstherapie

---

Psychotherapeutische Verfahren bei endogenen Psychosen

---

Psychotherapie bei Depressionen (IPT/Kogn. Therapie)

---

Sonstige Gruppenpsychotherapie

---

Sonstige Einzelpsychotherapie

---

Angehörigengruppe der Patienten mit depressiven Störungen

---

Angehörigengruppe der Psychosekranken

---

\* Zutreffendes ankreuzen

### 8. Psychotherapie in der Vertragspraxis

Welches Verfahren wird/wurde beantragt?

---



---

### 9. Physikalische Therapie

Welche Methoden werden angewandt (z. B. Unterwassermassagen, Rückenschule, Ultraschall etc.)?

---



---



---



---



---

### 10. Ergotherapie

Welche Therapieverfahren werden durchschnittlich wöchentlich angewendet? Bitte geben Sie die Häufigkeit in der Abstufung regelmäßig, gelegentlich, selten und nie an.

Verfahren	Häufigkeit
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

### 11. Kunst- und Musiktherapie

Welche Therapieverfahren werden durchschnittlich wöchentlich angewendet? Bitte geben Sie die Häufigkeit in der Abstufung regelmäßig, gelegentlich, selten und nie an.

Verfahren	Häufigkeit
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

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

\* Zutreffendes ankreuzen

## K. Weiterbildung

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

---



---



---

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

ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Teilnahme am Facharzt-Curriculum

ja  nein \*

Wer vermittelt die

Verhaltenstherapie

---

Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

---

bzw. wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und Methoden

---

## 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 \*

\* Zutreffendes ankreuzen



**N. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Psychiatrie und Psychotherapie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Psychiatrie und Psychotherapie

\_\_\_\_\_  
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
- Krankheitsstatistik
- Leistungsstatistik
- Weiterbildungsprogramm

**Teil 2**

**Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_**

- keine Zirka-Angaben verwenden
- Bitte reichen Sie die statistischen Angaben für jede Weiterbildungsstätte separat ein.

**F. Statistische Angaben** (der letzten 12 Monate)

1. Stationärer Bereich:

Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Verweildauer \_\_\_\_\_

2. Teilstationärer Bereich:

Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Verweildauer \_\_\_\_\_

3. Ambulanter Bereich:

Fallzahl pro Quartal \_\_\_\_\_

4. Klinische Konsiliartätigkeit:

Anzahl der Konsile pro Jahr insgesamt \_\_\_\_\_

5. Für Vertragsärzte:

Fallzahl pro Quartal \_\_\_\_\_

Zahl der Konsultationen pro Quartal \_\_\_\_\_

**G. Krankheits- und Leistungsstatistik** (der letzten 12 Monate)

Als Krankheitsstatistik ist die Diagnoseverteilung der Fälle der letzten 12 Monate als **Anlage 3** beizufügen.

**Leistungsstatistik**

**Neurophysiologische Untersuchungen**

Anzahl

EEG \_\_\_\_\_

Weitere neurophysiologische Untersuchungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

**Pathologische Untersuchungen**

Sektionen (durchgeführt oder veranlasst) \_\_\_\_\_

neuropathologische Untersuchungen des Zentralnervensystems \_\_\_\_\_

**Radiologische Untersuchungen**

cerebraler CT \_\_\_\_\_

cerebraler MRT \_\_\_\_\_

Weitere Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**H. Zahl der ausführlich begründeten psychiatrischen Gutachten**

Gesamtzahl der Gutachten der letzten 12 Monate \_\_\_\_\_

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

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

