



---

**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum  
Facharzt für Anästhesiologie**

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

- \* Zutreffendes ankreuzen

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 der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin  ja  nein \* seit \_\_\_\_\_

Anerkennung weiterer Zusatzbezeichnungen  
(wird von LÄK ausgefüllt)

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

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

Anerkennung einer Fachkunde nach RÖV  ja  nein \*

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

## D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

### Klinik/Abteilung

Zahl der regelmäßig gleichzeitig betreuten Operationstische \_\_\_\_\_

Name der Klinik/ Abteilung	Betten- anzahl	Leiter der Klinik/Abteilung	Versorgung durch Anästhe- siologie (ja/nein)	wenn ja, Zahl anästhesiologischer Leistungen pro Jahr (gesamt)

- \* Zutreffendes ankreuzen

Intensivbehandlungseinheit

interdisziplinäre operativ-konservative Einheit

 ja  nein \*

internistische Einheit

 ja  nein \*

interdisziplinäre operative Einheit

 ja  nein \*

fachgebundene operative Einheiten

 ja  nein \*

Sonstige Strukturen \_\_\_\_\_

Ist eine der Intensiveinheiten der Anästhesieabteilung angegliedert?

 ja  nein \*

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Anzahl der Betten dieser Einheit \_\_\_\_\_

davon Intensivbehandlung \_\_\_\_\_

Intensivüberwachung \_\_\_\_\_

Anzahl

Anzahl der von der Anästhesieabteilung für die Intensiveinheit zugeordneten ärztl. Planstellen \_\_\_\_\_

Planmäßige Absicherung des ärztlichen Dienstes:

- 3-Schicht  
 2-Schicht  
 1-Schicht  
 Bereitschaftsdienst im Haus  
 Rufbereitschaft

Anz. der der Anästhesieabt. für die Intensiveinheit zugeordn. Planstellen f. Pflegekräfte \_\_\_\_\_

Anzahl der Intensivpatienten pro Jahr \_\_\_\_\_

Anzahl der Intensivpflegeetage pro Jahr \_\_\_\_\_

Anzahl der langzeitbeatmeten Patienten \_\_\_\_\_

davon Anzahl der länger als 24 h beatmeten Patienten \_\_\_\_\_

davon Anzahl der länger als 96 h beatmeten Patienten \_\_\_\_\_

Anzahl der diagn. u. therap. Bronchoskopien \_\_\_\_\_

Anzahl der Art. pulmonalis-Kath. \_\_\_\_\_

Alternative Techniken des erweiterten kardiovaskulären Monitorings (Picco, Tee, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anzahl der Thoraxdrainagen \_\_\_\_\_

- \* Zutreffendes ankreuzen

## Spektrum der extrakorporalen Ersatzverfahren bei akutem Organversagen

Hämofiltration

 ja  nein \*

Hämodialyse

 ja  nein \*

\_\_\_\_\_

**Schmerztherapie**

Organisationsform:

 Schmerzambulanz \* Schmerzdienst \*

Methoden der Schmerztherapie

systemisch\*\*

\_\_\_\_\_

Anzahl pro Jahr

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anzahl pro Jahr

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anzahl pro Jahr

\_\_\_\_\_

lokal/regional\*\*

\_\_\_\_\_

Anzahl pro Jahr

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anzahl pro Jahr

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anzahl pro Jahr

\_\_\_\_\_

\*\* Methoden aufführen

**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 Assistenzpersonal

\_\_\_\_\_

**F. Statistische Angaben der anästhesiologischen Tätigkeit (siehe Teil 2)**

- \* Zutreffendes ankreuzen

## G. Sonstige Einrichtungen

### Labor

Eigenes Labor  ja  nein \*                      Zentrallabor  ja  nein \*

Laborarztpraxis  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

## H. Zahl der eigenen wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich) (siehe Teil 2)

### I. 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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### J. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 3)

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

### K. 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

**L. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Anästhesiologie, davon

\_\_\_\_\_ Monate Intensivmedizin

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Anästhesiologie, davon

\_\_\_\_\_ Monate Intensivmedizin

\_\_\_\_\_  
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
- Praxis-skizze
- statistische Angaben
- Weiterbildungsprogramm

- \* Zutreffendes ankreuzen

**Teil 2****Statistische Angaben der anästhesiologischen Tätigkeit** (der letzten 12 Monate)

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

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

		Anzahl	
		Einrichtung	Persönlich
<u>Allgemeinanästhesien</u>			
davon	mit endotrachealer Intubation	_____	_____
	mit Kehlkopfmaske	_____	_____
	intravenöse Narkosen	_____	_____
	Narkosen mit Gesichtsmaske	_____	_____
davon	Kinder-Anästhesien (Kinder bis zum 5. Lebensjahr)	_____	_____
	Anästhesien bei intrathorakalen Eingriffen	_____	_____
<u>Anästhesien bei Eingriffen im Kopf-Hals-Bereich</u>		_____	_____
davon	intrakranielle Eingriffe	_____	_____
<u>Anästhesien bei Eingriffen in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe</u>		_____	_____
davon	Sectio-Narkosen	_____	_____
<u>Regional- und Lokalanästhesien</u>		_____	_____
davon	rückenmarksnahe Verfahren	_____	_____
	periphere Regionalanästhesien u. Nervenblockaden	_____	_____

Weitere Anästhesieleistungen (z. B. elektrophysiologische Untersuchungen/Überwachungen, Bronchoskopien, etc.)

---



---



---

- \* Zutreffendes ankreuzen

**Niederlassung**

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

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

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

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

wo \_\_\_\_\_

**H. Zahl der eigenen wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich) \_\_\_\_\_ .**\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ Stempel

- \* Zutreffendes ankreuzen



