



**Antrag auf Erteilung Prädikat**

**Weiterbildungplus<sup>+</sup>**

Erlangung der Auszeichnung „Weiterbildung plus“  
für die Weiterbildungsermächtigung im Fachgebiet:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Telefon (dienstlich): \_\_\_\_\_ E-Mail (dienstlich) \_\_\_\_\_

**Anschrift/en der Weiterbildungsstätte/n**

Name \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Abt. \_\_\_\_\_ Abt. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Abschluss des Zertifikates Train the Trainer?**  ja  nein

**Nachweis über ein individuelles Weiterbildungsprogramm?**  ja  nein

**Nachweis des Fortbildungszertifikates?**  ja  nein

**Begehung der Weiterbildungsstätte bereits erfolgt?**  ja  nein wann \_\_\_\_\_

**Wie viele Assistenten haben Sie ca. an der Einrichtung in dem Gebiet weitergebildet?** \_\_\_\_\_

**Nehmen die Weiterbildungsassistenten an Evaluationen teil?**  ja  nein

**Einverständniserklärung**

*Veröffentlichung des erworbenen Prädikat „Weiterbildung plus“*

Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie mit der Veröffentlichung Ihrer Qualifikation einverstanden sind. (gegebenenfalls Veröffentlichung Ihres Namens, Ihrer Dienstanschrift und Ihrer erworbenen Qualifikation bei Anfragen von Patienten und Ärzten sowohl auf einer Liste als auch im Internet und im Ärzteblatt Thüringen)

Mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anerkennung bin ich einverstanden.

Mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anerkennung bin ich nicht einverstanden.

Beantragt:

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

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