



## Antrag auf Erteilung der Ermächtigung zur Weiterbildung in der Zusatz-Weiterbildung Magnetresonanztomographie

### A. Allgemeines

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

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

Telefon (dienstlich): \_\_\_\_\_

Liegt ein gültiges Fortbildungszertifikat vor  ja  nein \* Gültigkeitsende \_\_\_\_\_

#### Privatanschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

#### Anschrift/en der zukünftigen Weiterbildungsstätte/n

Name \_\_\_\_\_ Na me \_\_\_\_\_

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

Magnetresonanztomographie

## B. Berufliche Angaben des Antragstellers

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

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

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

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

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

Anerkennung der Zusatzbezeichnung Magnetresonanztomographie \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Anerkennung weiterer Zusatzbezeichnungen  
(wird von LÄK ausgefüllt)

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

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

C. Bitte fügen Sie bei Erstantragstellung Ihren **Beruflichen Werdegang** stichwortartig als **Anlage 1** bei.

## D. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/vertragsärztlichen Versorgung

### 1. Zahl der Ärzte

Fachärzte (Gesamt VK) \_\_\_\_\_

Weiterbildungsassistenten (Gesamt VK) \_\_\_\_\_

### 2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

MTRA \_\_\_\_\_ radiologisch tätige Hilfskräfte \_\_\_\_\_ Medizinphysiker \_\_\_\_\_

Wenn kein eigener Medizinphysiker hauptamtlich tätig ist, wer berät die Abteilung?

\_\_\_\_\_

## E. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

## F. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Teil 2)

## G. Gerätepark

	Typ/Firma	Jahr der Inbetriebnahme
MRT	_____	_____
	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

Magnetresonanztomographie

## H. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 2)

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

## I. Vertretung

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 \*

## K. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Magnetresonanztomographie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung \_\_\_\_\_ Monate Magnetresonanztomographie

\_\_\_\_\_  
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 18.03.2020):

**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
- Krankheits- und Leistungsstatistik
- Weiterbildungsprogramm

\* Zutreffendes ankreuzen

Magnetresonanztomographie

**Teil 2**

Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (der letzten 12 Monate)

**E. Statistische Angaben**

Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

Leistungen pro Jahr \_\_\_\_\_

**F. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Anlage 3)**

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag einen Auszug aus dem KISS bei.

\_\_\_\_\_

Ort/Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel

## Anlage 2

### Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung in der **Zusatz-Weiterbildung Magnetresonanztomographie**.
- Das Weiterbildungsprogramm ist die individuelle Umsetzung der gemäß Richtlinie zum Inhalt der Weiterbildung geforderten Weiterbildungsinhalte in einen konkreten internen Ablaufplan für den Arzt in Weiterbildung in seiner Weiterbildungseinrichtung. Bitte stellen Sie zeitlich und inhaltlich gegliedert dar, welche Weiterbildungsinhalte in welchen Weiterbildungsabschnitten der (beantragten) Weiterbildungszeit unter Ihrer Leitung dem Arzt in Weiterbildung vermittelt werden können.
- Dieses Programm ist dem Weiterzubildenden auszuhändigen.

### Weiterbildungsleiter:

Name \_\_\_\_\_

### Weiterbildungsprogramm (Ablauf/Rotationsplanung):

Inhaltliche Gliederung

ggf. Angaben zum Zeitraum, in dem die jeweiligen Inhalte vermittelt werden

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen

Magnetresonanztomographie

## Anlage 3

## Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
<b>Strahlenschutz</b>			
Prinzipien der nicht-ionisierenden Strahlung			
Strahlenbiologische Effekte			
Reduktionsmöglichkeiten der medizinisch induzierten Strahlenexposition bei Patienten und Personal			
Stellenwert der unterschiedlichen bildgebenden Verfahren in der Diagnostik			
	Umgang mit Besonderheiten des Schutzes vor nicht-ionisierender Strahlung im Kindes- und Jugendalter, bei Schwangeren und Risikopatienten		
<b>Technik der Magnetresonanztomographie</b>			
Grundlagen der Datenakquisition, Bild- und Datenverarbeitung und -nachbearbeitung sowie deren Archivierung, insbesondere der physikalischen und biophysikalischen Grundlagen			
Grundlagen der Gerätekunde bei der Anwendung von Magnetresonanzverfahren			
Prinzipien von Magnetfeldstärke, Gradientenstärke, Hochfrequenz, Orts- und Zeitauflösung			
Patientenüberwachung einschließlich der Sicherheitsmaßnahmen für Patienten und Personal			
Typische Artefakte in der MRT und ihre Ursachen			
	Korrekte Wahl der Akquisitionsparameter unter Berücksichtigung der Sicherheitsvorschriften und des Strahlenschutzes		
<b>Kontrastmittel</b>			
Prinzipien der Struktur, Pharmakologie, Klassifikation und Dosis sowie Indikationen und Kontraindikationen von MRT-Kontrastmitteln			
Risiken und Nebenwirkung von MRTKontrastmitteln			
	Indikationsgemäße Auswahl, Dosierung und Pharmakokinetik von MRT-Kontrastmitteln, insbesondere unter Berücksichtigung von Patienten mit erhöhtem Risiko		

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
	Erstmaßnahmen bei kontrastmittelassoziierten Komplikationen, z. B. anaphylaktischer/anaphylaktoider Reaktionen		
	Erstellung und Anwendung von MRT-Untersuchungsprotokollen für die gebietsbezogene Magnetresonanztomographie einschließlich geeigneter Kontrastmittel		
	Erkennung typischer Neben- und Zufallsbefunde im Untersuchungsvolumen außerhalb des Organbezugs		
<b>Gebietsbezogene MRT</b>			
	Indikationsstellung, Durchführung und Befunderstellung von gebietsbezogenen MRTUntersuchungen		

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag einen Auszug aus dem KISS bei.