

Landesärztekammer Thüringen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40
07707 Jena

Telefon: 03641 614-124
Fax: 03641 614-129
Internet: www.laek-thueringen.de
Email: weiterbildung@laek-thueringen.de



**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung im
Teilgebiet Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin**

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 _____ 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

Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

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 _____

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

Bitte benennen Sie namentlich für die folgenden Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik jeweils einen entsprechend qualifizierten Arzt, der für das jeweilige Anwendungsgebiet verantwortlich zeichnet.

Dopplersonographie des Fetus und seiner Gefäße

Fetale Echokardiographie

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

D. Struktur der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

Klinik/Abteilung

Zahl der geburtshilflichen Betten _____ davon präpartale Betten _____

Zahl der gynäkologischen Betten _____

Abteilung für Neonatologie ja nein * Wenn ja, wie viel Betten _____

Pädiatrische Fachabteilung ja nein * Wenn ja, wie viel Betten _____

* Zutreffendes ankreuzen

Wenn nein, besteht die Kooperation mit einer externen Kinderklinik (insbes. ein Abholdienst rund um die Uhr)?

Ambulanz ja nein *

Besteht die Möglichkeit zur Konsultation eines humangenetisch-anthropologischen Experten?
 ja nein *

Wenn ja, wer _____

Anästhesie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	Innere Medizin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Urologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	Pathologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Intensivabteilung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	Röntgenabteilung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Zentrallabor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	Physiotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *		

Andere Abteilungen _____

Ausstattung und Angebot der Klinik/Abteilung:

Gemeinsam mit anderen Abteilungen genützte Operationssäle _____

Anzahl der Kreißsäle _____

Möglichkeit zur Notsectio im Kreissaal bzw. Sectio-Operationssaal ja nein *

Peridural-Anästhesie ja nein *

Pudendus-Anästhesie ja nein *

pH-Meßgerät im Kreissaal ja nein *

	Art der Geräte	Anzahl
CTG:	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Technische Ausstattung der CTGs:

Kineto-CTG

ja nein *

transkutane O2-Messung

ja nein *

interne Frequenzableitung

ja nein *

Ultraschall in der Abteilung vorhanden ja nein * Anzahl _____

Ultraschall im Kreißaal ja nein * Anzahl _____

E. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

1. Zahl der Ärzte

Fachärzte (gesamt VK) _____ davon mit Teilgebiet _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____
(einschl. Aspirant)

F. Geburtshilflich und perinatologischer Werdegang des Antragstellers

Bitte fügen Sie als **Anlage 2** Ihre Publikations- und Vortragsliste bei.

G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Teil 2)

J. Weiterbildung

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

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

L. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 3)

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

* Zutreffendes ankreuzen

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 Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Besteht eine Weiterbildungsermächtigung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe? ja nein *

Wenn ja, über welchem Umfang? _____ Monate

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 Weiterbildungsprogramm
 Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

* Zutreffendes ankreuzen

Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Anlage 4)

Klinik/Abteilung

Fallzahl pro Jahr _____

Bitte fügen Sie zusätzlich einen Auszug des aktuellen Qualitätsberichts Ihres Hauses zur Perinatalmedizin und einen Auszug Ihrer Diagnosestatistik als **Anlage 5** bei.

vertragsärztliche Versorgung

Durchschnittliche Patientenzahl pro Quartal _____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Anlage 4

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden
Fetomaternale Risiken		
Maternale und fetale Erkrankungen höheren Schwierigkeitsgrades		
Fetale Fehlbildungen und Erkrankungen		
	Beratung bei gezielten pränataldiagnostischen Fragestellungen sowie weiterführende Diagnostik und Therapie, auch unter Einbeziehung von Pädiatern und Kinderchirurgen einschließlich psychosomatischer Beratung	
Therapieoptionen fetaler Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen und Erkrankungen		
	Diagnostik fetaler Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen und Erkrankungen	
	Weiterführende differentialdiagnostische B-Modus Sonographien bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder fetale Erkrankungen oder bei erhöhtem Risiko, davon	
	- Feten mit dokumentierten Fehlbildungen unterschiedlicher Organsysteme	
	Fetale Echokardiographie, davon	
	- pathologische Fälle	
Risikoschwangerschaft		
	Betreuung von Risikoschwangerschaften einschließlich Notfallsituationen, davon	
	- mit maternaler Erkrankung, insbesondere Schwangerschaftsdiabetes einschließlich Therapie	

* Zutreffendes ankreuzen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden
Diagnostische Verfahren		
	Invasive prä- und perinatale Eingriffe, z. B. Amniozentese, Chorionzottenbiopsie, Nabelschnurpunktion, Punktionen aus fetalen Körperhöhlen, Amniondrainagen, Fruchtwasserauffüllung	
	Weiterführende differentialdiagnostische Dopplersonographie von fetomaternalen Gefäßen bei Risikoschwangerschaften	
Risikogeburt		
	Leitung und Überwachung von Risikogeburten gemäß Mutterschaftsrichtlinie einschließlich geburtshilflicher Notfallmaßnahmen	
	Wiederbelebungsmaßnahmen beim Neugeborenen	
	Sectiones höheren Schwierigkeitsgrades, z. B. bei Mehrlingsgeburten, Frühgeburten, Plazentaanomalien sowie Re-Sectiones	
	Vaginale operative Entbindungen	
	Entwicklung von Mehrlingen bei vaginalen Entbindungen	
Risikofaktoren von Beckenendlageentwicklung bei vaginalen Entbindungen		
	Versorgung komplizierter Geburtsverletzungen	

* Zutreffendes ankreuzen