
**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung in der
Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie**

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: _____

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung ja nein *

Wenn ja, mit wem:

* Zutreffendes ankreuzen

Medikamentöse Tumorthherapie

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Facharztanerkennung
(wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____
_____ seit _____

Teilgebietsanerkennung
(wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____
_____ seit _____

Anerkennung der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie 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. Struktur der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

Ambulanter Bereich

Spezialsprechstunde ja nein *

Welche _____

Fachambulanz ja nein *

Sonstiges (z. B. MVZ) _____

E. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

1. Zahl der Ärzte

Fachärzte (gesamt VK) _____

davon mit Zusatzbezeichnung (gesamt VK) _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

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

* Zutreffendes ankreuzen

Medikamentöse Tumortherapie

H. Sonstige Einrichtungen

Pathologie an der Einrichtung ja nein *

Kooperierende Abteilung ja nein *

Eigenes Labor ja nein *

Kooperierende Abteilung ja nein *

I. Weiterbildung

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

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

K. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 3)

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

L. 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

M. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Medikamentöse Tumortherapie

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Medikamentöse Tumortherapie

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
- Leistungsstatistik
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Medikamentöse Tumortherapie

Teil 2

Zeitraum von _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

F. Statistische Angaben

Klinik/Abteilung

Fallzahl pro Jahr

MVZ/Niederlassung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal

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

Ort/ Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Anlage 4

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie			
	Interdisziplinäre Indikationsstellung zu chirurgischen, strahlentherapeutischen, interventionellen und nuklearmedizinischen Behandlungsverfahren		
	Regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Tumorkonferenzen, davon		
	- Falldarstellungen		
Tumorthherapie			
Pharmakologie und Wirkungsweise medikamentöser Tumorthherapie			
	Indikationsstellung zur medikamentösen Tumorthherapie unter Berücksichtigung von Komorbiditäten		
	Planung und Überwachung der medikamentösen Therapie bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes einschließlich der Prävention, Erkennung und Behandlung spezifischer Nebenwirkungen von Tumortheraeutika		
	Medikamentöse Therapie bei Patienten mit Tumoren des Fachgebietes in Behandlungsfällen, davon		
	- zytostatisch		
	- zielgerichtet		
	- immunmodulatorisch		
	- antihormonell		
Aspekte der Nachsorge bei medikamentöser Tumorthherapie			
Supportivtherapie			
Grundlagen der Supportivtherapie und Rehabilitation bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes			
	Prophylaktische und interventionelle Supportivtherapie, insbesondere Antiemese, Ernährungsberatung und Diätetik einschließlich enteraler und parenteraler Ernährung, Infektionsprophylaxe und Therapie von Infektionen, Antikoagulation		

* Zutreffendes ankreuzen

Medikamentöse Tumorthherapie