

**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



**Erhebungsbogen zum Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung  
in der ambulanten hausärztlichen Versorgung / Facharzt für Allgemeinmedizin  
(Hausarzt)**

- 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 \_\_\_\_\_

Hausärztliche Tätigkeit: seit: \_\_\_\_\_ als: \_\_\_\_\_  
(niedergelassen/angestellt MVZ)

Vollzeittätigkeit:  ja  nein \* Teilzeittätigkeit:  ja  nein \* Anzahl der Stunden / Woche: \_\_\_\_\_

niedergelassen/angestellt MVZ seit: \_\_\_\_\_ als: \_\_\_\_\_

Wenn in MVZ – Leiter des MVZ: \_\_\_\_\_

- \* Zutreffendes ankreuzen

Allgemeinmedizin

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung  ja  nein \*

Wenn ja, mit wem: \_\_\_\_\_

## B. Berufliche Angaben des Antragstellers

In eigener Niederlassung  ja  nein \* seit \_\_\_\_\_

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

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

Zusatzbezeichnung  
(wird von LÄK ausgefüllt)

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

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

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen die Sie in Ihrer Praxis anbieten:

\_\_\_\_\_

Teilnahme am vertragsärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst  ja  nein \*

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

## D. Beschreibung der Praxis

**Raumaufteilung** (als Anlage 2 beifügen, mit Skizze des Grundrisses in A4-Größe)

Zweites Sprechzimmer für Assistenten vorhanden?  ja  nein \*

Größe: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

## E. Personelle Besetzung der Praxis

### 1. Zahl der Ärzte

Praxisärzte \_\_\_\_\_ davon hausärztlich tätige Ärzte \_\_\_\_\_

Ärzte in Weiterbildung \_\_\_\_\_

### 2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Arzthelfer/-innen/MFA/Schwestern \_\_\_\_\_

Auszubildende \_\_\_\_\_

NÄPA/VERAH \_\_\_\_\_

Sonstiges medizinisches Personal \_\_\_\_\_

- \* Zutreffendes ankreuzen

Allgemeinmedizin

## F. Leistungen der Praxis

Patientenschulungen (Diabetiker, Ernährung etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Jugendarbeitsschutzuntersuchungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
U-Untersuchungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
J1-Untersuchungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Sozialmedizinische Gutachten (z. B. Reha-Anträge, Rentenansprüche, Versorgungsamtgutachten usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Sonstige Untersuchungen oder andere Leistungen	_____
	_____

### Sonographie

ja  nein \*

Angabe der Untersuchungen (wenn in eigener Praxis)

Anzahl pro Quartal

	<u>persönlich</u>	<u>gesamte Praxis</u>
Ultraschalldiagnostik des Abdomen und Retroperitoneum einschl. Urogenitalorgane	_____	_____
Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse	_____	_____

Wer führt die Ultraschalldiagnostik in der Praxis durch?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Schutzimpfungen der letzten 12 Monaten

Art der Schutzimpfung (STIKO-Empfehlungen)

Anzahl

	<u>persönlich</u>	<u>gesamte Praxis</u>
Grundimmunisierung Kinder bis 5. Lebensjahr	_____	_____
Tetanus	_____	_____
Diphtherie/Polio/Pertussis	_____	_____
FSME	_____	_____
HPV	_____	_____

- \* Zutreffendes ankreuzen

	<u>Anzahl</u>	
	<u>persönlich</u>	<u>gesamte Praxis</u>
MMR	_____	_____
Pneumokokken	_____	_____
Grippe	_____	_____
Reiseimpfung	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### G. Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

		<u>Anzahl pro Quartal</u>	
		<u>persönlich</u>	<u>gesamte Praxis</u>
Diabetikerbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Kleine chirurgische Eingriffe in Lokalanästhesie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
EKG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Langzeitblutdruckmessung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Spirometrie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____

#### Sonstige Angaben

---



---

### H. Patientendurchgang (Angaben des letzten Quartals)

	<u>persönlich</u>	<u>gesamte Praxis</u>
Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal,	_____	_____
davon Privatpatienten	_____	_____
Hausbesuchszahl pro Quartal	_____	_____
Heimbesuchszahl pro Quartal (inkl. Mitbesuche)	_____	_____
<u>Zusammensetzung des Patientengutes:</u>		
Anteil der Patienten über 60 Jahren (in %)	_____	_____
Anzahl der Kinder/Jugendliche - bis 18 J. pro Quartal	_____	_____

- \* Zutreffendes ankreuzen

## I. Sonstige Einrichtungen

### Labor

Laboruntersuchungen

ja  nein \*

Angabe der Untersuchungen in eigener Praxis

Anzahl pro Quartal

	<u>persönlich</u>	<u>gesamte Praxis</u>
D-Dimer	_____	_____
Troponin-T	_____	_____
Glukose	_____	_____
Urinstreifentest	_____	_____
Mikroalbuminurie	_____	_____
CRP	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## J. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 3)

Strukturierung der Weiterbildung durch Auflistung der jeweils vermittelbaren Inhalte.

## K. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate in der ambulanten hausärztlichen Versorgung/Facharzt Allgemeinmedizin

Bisherige Weiterbildungsermächtigung \_\_\_\_\_ 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.

- \* Zutreffendes ankreuzen

Allgemeinmedizin

**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
- Praxisskizze
- Weiterbildungsprogramm

- \* Zutreffendes ankreuzen

Allgemeinmedizin

### Anlage 3

**Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):**

- ***Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung / Facharzt Allgemeinmedizin***
- ***Dieses Programm ist dem Weiterzubildenden auszuhändigen.***

Weiterbildungsleiter:

Name \_\_\_\_\_

Einrichtung/en \_\_\_\_\_

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

Straße \_\_\_\_\_

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

Weiterbildungsprogramm (Ablauf/Rotationsplanung):

Inhaltliche Gliederung

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

- \* Zutreffendes ankreuzen

Allgemeinmedizin