

**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 zum  
Facharzt für Arbeitsmedizin**

- 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 \_\_\_\_\_

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

Arbeitsmedizin

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

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen  
(wird von LÄK ausgefüllt)  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

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

## D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Orte der arbeitsmedizinischen Tätigkeit

\_\_\_\_\_

Art des / der betreuten Unternehmen (ggf. als Anlage 2 beifügen)

\_\_\_\_\_

Berufsgenossenschaft(en)

\_\_\_\_\_

### Anzahl der betreuten Arbeitnehmer

\_\_\_\_\_

Aufgliederung - weiblich / männlich - Auszubildende - ältere Arbeitnehmer - Jugendliche - behinderte Arbeitnehmer mit Benennung strukturtypischer Gruppen, einschließlich der jeweiligen Gefahrenklassen, z. B. Büro, Maschinenbau, Galvanik, etc. (als Anlage 3 beifügen)

\* Zutreffendes ankreuzen

**E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung**

**1. Zahl der Ärzte**

mit Gebietsbezeichnung      hauptberuflich \_\_\_\_\_      nebenberuflich \_\_\_\_\_  
mit Zusatzbezeichnung      hauptberuflich \_\_\_\_\_      nebenberuflich \_\_\_\_\_

**2. Zahl des arbeitsmedizinischen Assistenzpersonals**

Schwestern      \_\_\_\_\_      Arzthelferinnen/MFA      \_\_\_\_\_  
Pfleger      \_\_\_\_\_      MTA      \_\_\_\_\_  
Sonstige      \_\_\_\_\_

**3. Zahl der Sachbearbeiter**

Messtechniker      \_\_\_\_\_  
Medizinische Dokumentation und Statistik      \_\_\_\_\_  
Sonstige      \_\_\_\_\_

**F. Statistische Angaben**

Konsultationstätigkeit pro Quartal      \_\_\_\_\_  
Wo \_\_\_\_\_

**G. Arbeitsmedizinische Tätigkeitsmerkmale in der beantragten Weiterbildungsstätte (ggf. als Anlage 4 beifügen)**

a) Einsatzzeiten nach der UVV "Betriebsärzte pro Jahr"      \_\_\_\_\_

b) Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen

Grundsätze (Grundsatz-Nr.)	Untersuchungen pro Jahr	Anzahl zu Untersuchender
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

## c) Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach Röntgen- und Strahlenschutzverordnung

Anzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

## d) Nach welchen Grundsätzen werden Arbeitnehmer arbeitsmedizinisch betreut?

Art \_\_\_\_\_ Anzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

## e) sonstige Vorsorgeuntersuchungen

Art \_\_\_\_\_ Anzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

Art \_\_\_\_\_ Anzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

**H. Räumliche und Geräteausstattung** (Angaben gemäß Verwaltungsvorschrift TMSG)Angabe von Raumart und Größe (ggf. mit Skizze) sowie der wesentlichen Geräte (Röntgen, EKG, Ergometrie, Laborausstattung, Sehtester, Audiometer, Perimeter usw.) als **Anlage 5** beifügen**I. Weitere arbeitsmedizinische Tätigkeitsmerkmale**Häufigkeit pro Jahr

a) Mitwirkung bei Arbeitsplatzwechsel bzw. Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess \_\_\_\_\_

b) Mitwirkung bei: Jugendarbeitsschutz \_\_\_\_\_

Mutterschutz \_\_\_\_\_

Maßnahmen für ältere oder behinderte Arbeitnehmer \_\_\_\_\_

c) Teilnahme an Arbeitsschutzausschusssitzung \_\_\_\_\_

d) Teilnahme an Betriebsbegehungen \_\_\_\_\_

e) Arbeitsphysiologische/ergonomische und hygienische Gesichtspunkte, Mitwirkung bei der Gestaltung von Arbeitsplätzen und Überwachung sozialer und sanitärer Einrichtungen (bitte ausführliche Angaben als **Anlage 6** beifügen)

f) Beratung der Unternehmensleitung \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

g) Mitarbeit bzw. Mitsprache bei betrieblichen und überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Angelegenheiten  ja  nein \*

h) Zusammenarbeit mit außerbetrieblichen Institutionen, Dienststellen und Ärzten (z. B. Staatlichem Gewerbearzt bzw. Gewerbeaufsicht, Berufsgenossenschaften, Krankenversicherungen, Rentenversicherungen, Arbeitsverwaltungen und niedergelassenen Ärzten) als **Anlage 7** beifügen

i) Ausbildung von ärztlichem Assistenzpersonal  ja  nein \*  
 von Famulanten  ja  nein \*

k) Dokumentation und Statistik (Stunden pro Woche)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

l) Sonstige Tätigkeit (als **Anlage 8** beifügen)

**J. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten** (jährlich) \_\_\_\_\_

**K. Weiterbildung**

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

Art / Bezeichnung der Veranstaltung	Wochenstunden
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Welche Inhalte gemäß den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung können an der medizinischen Einrichtung nicht vermittelt werden?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**L. Weiterbildungsprogramm** (siehe **Anlage 9**)

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)

---



---

Ist die Absprache mit dem oben genannten Vertreter erfolgt?

ja  nein \*

**N. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Arbeitsmedizin

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Arbeitsmedizin

\_\_\_\_\_  
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 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
- Betreute Unternehmen
- Anzahl der betreuten Arbeitnehmer
- Arbeitsmedizinische Tätigkeitsmerkmale
- Räumliche und Geräteausstattung
- Arbeitsphysiologische Gesichtspunkte
- Zusammenarbeit
- Sonstige Tätigkeit
- Weiterbildungsprogramm

\* Zutreffendes ankreuzen

Arbeitsmedizin

