

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 Augenheilkunde**

- 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

Augenheilkunde

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung ja nein *

Wenn ja, mit wem: _____

B. Dienststellung und 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 _____

Anerkennung einer Fachkunde nach RÖV ja nein *

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

Untersuchungen der Gewebedarstellung

Biometrie der Achsenlänge des Auges

Messungen der Hornhautdicke

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Klinik/Abteilung

Zahl der Operationsräume _____ Bettenzahl der Klinik/Abteilung _____

Niederlassung

Beschreibung der Praxis als **Anlage 2** beifügen, mit Skizze des Grundrisses und Benennung der einzelnen Räume in DIN A4 Größe

* Zutreffendes ankreuzen

E. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

1. Zahl der Ärzte (gesamt) _____

Oberärzte _____

Stationsärzte _____

Praxisärzte _____

Weiterbildungsassistenten _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Krankenschwestern/Pfleger _____

Arzthelferinnen/MFA _____

OP-Schwester/-pfleger _____

Sonstiges Assistenzpersonal _____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

G. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe Anlage)

H. Geräteliste (als Anlage 3 beifügen)

Aufzuführen sind z. B. Operationsmikroskope, Phakogeräte, Saug-Spülgerät, Kryokoagulator, Diathermiegerät, Magnet, Laserkoagulator, (Computer-)Perimeter, Spaltlampe, Refraktometer, ERG, EOG, VECP, Applanationstonometer, Synoptophor, Fotodokumentationseinrichtungen, Fluoreszenzangiographieapparate, US-Echographiegerät

Bitte ggf. nach Art bzw. Typ, wie Argon-Laser, Nd-YAG-Laser, automatisches, halbautomatisches Perimeter, Nonkontakttonometer, etc. differenzieren.

I. Sonstige Einrichtungen

Röntgen

Eigene Abteilung ja nein *

Leiter _____

Zentrale Röntgen-Abteilung ja nein *

Leiter _____

Pathologie ja nein *

Leiter _____

Labor ja nein *

Leiter _____

Sonographie ja nein *

Wo _____

* Zutreffendes ankreuzen

J. Erstellung von Gutachten (siehe Teil 2)

K. Weiterbildung

Welche Weiterbildungsinhalte gemäß Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung können an der medizinischen Einrichtung nicht vermittelt werden?

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

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

<hr/>	<hr/>

L. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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

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 Augenheilkunde

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Augenheilkunde

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Augenheilkunde

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
- Praxisskizze
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Geräteliste
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Augenheilkunde

Teil 2

- Bitte keine Zirka-Angaben verwenden
- Bitte reichen Sie Teil 2 für jede Weiterbildungsstätte separat ein.

Zeitraum vom _____ bis _____

F. Statistische Angaben**Klinik/Abteilung**

Stationäre Patienten pro Jahr _____

Klinische Ambulanz Patienten pro Jahr _____

Verpflegungstage pro Jahr _____

Durchschnittliche Verweildauer _____

Belegung im Berichtsjahr _____

Klinische Konsiliartätigkeit ja nein *

Wo _____

Belegbetten / Aufwachbetten Zahl _____

Wo _____

Niederlassung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Zahl der Hausbesuche pro Quartal _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

G. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**Klinik/Abteilung/Niederlassung**

Anzahl pro Jahr

Sonographie

Untersuchungen zur Gewebedarstellung _____

Biometrien der Achsenlänge _____

Hornhautdickenmessungen _____

* Zutreffendes ankreuzen

Optometrische Untersuchungen

Art der Untersuchung	Anzahl pro Jahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ophthalmologische Untersuchungstechniken

Art der Untersuchung	Anzahl pro Jahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Operationsstatistik

	Einrichtung	Persönlich
Intraokulare Operationen		
des grauen Stars	_____	_____
des grünen Stars	_____	_____
Netzhautoperationen	_____	_____
Hornhautoperationen	_____	_____
Keratoplastik	_____	_____
Vitrektomien	_____	_____
Pars plana-Vitrektomien	_____	_____
Vordere Vitrektomien	_____	_____
Schielopoperationen	_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

	Einrichtung	Persönlich
Operative Eingriffe bei Verletzungen und Erkrankungen		
der Lider	_____	_____
des vorderen Augenabschnittes	_____	_____
des hinteren Augenabschnittes	_____	_____
Plastische Lidchirurgie	_____	_____
Enukleationen	_____	_____
Kleinere operative Eingriffe	_____	_____
Laser-Eingriffe der verschiedenen Augenabschnitte (z. B. Argon-, Nd-YAG)		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
weitere Eingriffe		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

J. Erstellung von Gutachten (jährlich)

Rentengutachten _____

Unfallgutachten _____

Führerscheingutachten _____

andere _____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Augenheilkunde

