



**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum  
Facharzt für Gefäßchirurgie**

- 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

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 \_\_\_\_\_

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.**

Doppler- / Duplex-Sonographie der adominellen und retroperitonealen Gefäße

\_\_\_\_\_

Doppler- / Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

\_\_\_\_\_

Doppler- / Duplex-Sonographie der extremitätenversorgenden Gefäße

\_\_\_\_\_

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

**D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung**

**Klinik/Abteilung**

Gesamtbettenzahl der Gefäßchirurgischen Klinik/Abteilung \_\_\_\_\_

Bettenzahl      Leiter

Allgemeinchirurgische Struktureinheit  ja  nein \* \_\_\_\_\_

Herzchirurgische Struktureinheit  ja  nein \* \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Gefäßchirurgie

Bettenzahl

Leiter

Kinderchirurgische Struktureinheit  ja  nein \* \_\_\_\_\_

Orthopäd. u. Unfallchirurgische Struktureinheit  ja  nein \* \_\_\_\_\_

Plastisch-Chirurgische Struktureinheit  ja  nein \* \_\_\_\_\_

Thoraxchirurgische Struktureinheit  ja  nein \* \_\_\_\_\_

Viszeralchirurgische Struktureinheit  ja  nein \* \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Innere Abteilung  ja  nein \* \_\_\_\_\_

davon Angiologie  ja  nein \* Kardiologie  ja  nein \*

Zahl der Schrittmacher pro Jahr \_\_\_\_\_

Dialyseabteilung  ja  nein \*

Anzahl der Plätze \_\_\_\_\_

Intensivabteilung  ja  nein \* Leiter \_\_\_\_\_

Betten \_\_\_\_\_

Anästhesie-Abteilung  ja  nein \* Leiter \_\_\_\_\_

Zahl der Ärzte mit speziellen Kenntnissen in der Gefäßanästhesie \_\_\_\_\_

Welche intraoperativen Überwachungsmöglichkeiten bestehen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bestehen Möglichkeiten zur Bluttransfusion und Hämodilution?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Narkosegeräte \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

**Niederlassung**

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

**E. Notfallaufnahme**

Akutkrankenhaus  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Durchgeführte Erstuntersuchungen/Erstbehandlungen pro Jahr \_\_\_\_\_

**F. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/ Niederlassung****1. Zahl der Ärzte**

Oberärzte \_\_\_\_\_ Stationsärzte \_\_\_\_\_

Praxisärzte \_\_\_\_\_ Weiterbildungsassistenten \_\_\_\_\_

**2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals**

Krankenschwestern/-pfleger \_\_\_\_\_

Arzthelfer/-innen \_\_\_\_\_

sonstiges medizinisches Personal \_\_\_\_\_

**G. Statistische Angaben (siehe Teil 2)****H. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe Teil 2)****I. Liste des Instrumentariums (Spezialinstrumente, Geräteausstattung; als Anlage 3 beifügen)****J. Sonstige Einrichtungen****Operationstrakt**

Zahl der betriebenen Operationssäle \_\_\_\_\_

davon aseptisch \_\_\_\_\_

septisch \_\_\_\_\_

Zahl der Operationstische \_\_\_\_\_

Eigener Unfall-OP  ja  nein \*

Eigener Kinder-OP  ja  nein \*

Angiographiemöglichkeit im OP-Raum  ja  nein \*

Welche \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Weitere Möglichkeiten zur intraoperativen Qualitätssicherung  
(z.B. Angioskopie, SEP, intraoperative Dopplersonographie u. ä.)

---



---

Weitere spezielle Einrichtungen

---



---

### Röntgen

Zentrale Röntgenabteilung  ja  nein \* Leiter 

---

Eigene Röntgenabteilung  ja  nein \* Leiter 

---

Konventionelle Röntgendiagnostik verfügbar  ja  nein \*

CT verfügbar  ja  nein \*

MRT verfügbar  ja  nein \*

Wie ist die Zusammenarbeit zwischen der Angiographischen Abteilung und der Gefäßchirurgischen Abteilung organisiert? (z.B. Röntgendemonstrationen)

---



---



---

Welche interventionsradiologischen Therapien werden in der Radiologie und Gefäßchirurgie durchgeführt?  
(Möglichkeiten der angiologischen Diagnostik, Zusammenarbeit Angiologie/Gefäßchirurgie)

---



---



---

**Sonographie**  ja  nein \*

Wo 

---

**Pathologie** am Haus vorhanden  ja  nein \*

Leiter 

---

Wenn nicht, wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt und wer zeichnet dafür verantwortlich?

---

\* Zutreffendes ankreuzen

**Labor** am Haus vorhanden  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Gerinnungslabor (im Haus)  ja  nein \*

Können alle Gerinnungsfaktoren bestimmt werden?  ja  nein \*

Wenn nicht, wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt und wer zeichnet dafür verantwortlich?

---

### Nachbehandlung

Krankengymnastische Abteilung vorhanden  ja  nein \*

Rehabilitation  ja  nein \*

Ergotherapie  ja  nein \*

**Diätküche vorhanden**  ja  nein \*

### Werden in der Klinik/Abteilung durchgeführt

Dialysebehandlung  ja  nein \*

Oszillographie (mechanisch/elektronisch)  ja  nein \*

Doppler (Art der Geräte und Schreiber)  ja  nein \*

Rheographie  ja  nein \*

Plethysmographie  ja  nein \*

Venendruckmessung  ja  nein \*

Lichtreflexionsrheographie  ja  nein \*

Sonographie/Dopplersonographie  ja  nein \*

Qualitätssicherung nach Gefäßrekonstruktionen  ja  nein \*

Kontrolle Angiographie  ja  nein \*

Gefäßdispensairesprechstunde  ja  nein \*

Wer leitet das D-Arzt-Verfahren? \_\_\_\_\_

### K. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (siehe Teil 2)

### L. Weiterbildung

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

---



---

\* Zutreffendes ankreuzen

Welche Vorträge wurden gehalten und welche Publikationen wurden im Berichtszeitraum veröffentlicht?

---



---



---

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

ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

<hr/>	<hr/>

### M. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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

### N. 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 \*

### O. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Basisweiterbildung

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Gefäßchirurgie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Gefäßchirurgie

\_\_\_\_\_  
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

Gefäßchirurgie

**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
- Weiterbildungsprogramm
- Liste des Instrumentariums



**Teil 2**

Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (der letzten 12 Monate)

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

**G. Statistische Angaben****Klinik/Abteilung**

Krankendurchgang pro Jahr \_\_\_\_\_

Verpflegungstage pro Jahr \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Verweildauer (Tage / postoperativ) \_\_\_\_\_

Belegung im Berichtsjahr \_\_\_\_\_

Klinische Konsiliartätigkeit

ja  nein \*

Wo \_\_\_\_\_

Belegbetten

Zahl

Wo \_\_\_\_\_

**Niederlassung**

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal \_\_\_\_\_

Zahl der Konsultationen pro Quartal \_\_\_\_\_

Zahl der Hausbesuche pro Quartal \_\_\_\_\_

**H. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden****Untersuchungen**

Anzahl pro Jahr

Doppler- / Duplexsonographie der extremitäten versorgenden Gefäße \_\_\_\_\_

Doppler- / Duplexsonographie der abdominalen / retroperitonealen Gefäße \_\_\_\_\_

Doppler- / Duplexsonographie der extrakraniellen hirnzuführenden Gefäße \_\_\_\_\_

hämodynamische Untersuchungen an Venen \_\_\_\_\_

Intraoperative angiographische Untersuchungen \_\_\_\_\_

weitere

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

**Behandlungsmethoden**

**Gefäßrekonstruktive Eingriffe im aorto-iliacalen Bereich**

***Transperitoneale Eingriffe***

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	Persönlich
Aorta	_____	_____
Beckengefäße	_____	_____
TEA	_____	_____
Bypass	_____	_____
weitere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____

***Retroperitoneale Eingriffe***

Aorta	_____	_____
Aortenbifurkation	_____	_____
Iliacalarterien	_____	_____
TEA / Patchplastiken	_____	_____
Bypass	_____	_____
weitere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Eingriffe an den Visceralarterien**

Truncus coeliacus	_____	_____
A. mesenterica superior	_____	_____
A. mesenterica inferior	_____	_____
A. renalis	_____	_____
weitere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

durchgeführte Eingriffe

Einrichtung

Persönlich

**Eingriffe an den thorakalen Gefäßen**

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

**Arterielle Embolektomien**

am Arm

_____	_____
-------	-------

am Bein

_____	_____
-------	-------

weitere

_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Rekonstruktive Eingriffe**

***an den supraaortalen Arterien***

supraaortale Gefäßabgänge

_____	_____
-------	-------

Truncus brachiocephalicus

_____	_____
-------	-------

A. subclavia

_____	_____
-------	-------

A. carotis communis

_____	_____
-------	-------

Carotisbifurkation

_____	_____
-------	-------

A. vertebralis

_____	_____
-------	-------

weitere

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

***am Arm***

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	Persönlich
<b><i>am Oberschenkel</i></b>		
TEA	_____	_____
Bypass	_____	_____
ferm.-popl. [P1]	_____	_____
ferm.-popl. [P3]	_____	_____
weitere	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b><i>am Unterschenkel</i></b>		
distaler Popliteal-Bypass	_____	_____
US-Trifurkation	_____	_____
cruraler Bypass	_____	_____
pedaler Bypass	_____	_____
weitere	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>Eingriffe an Körpervenen</b>		
<b><i>große Körpervenen</i></b>		
vena cava	_____	_____
venöse Thrombektomien	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b><i>periphere Körpervenen</i></b>		
Dialyseshunteingriffe	_____	_____
Varizenoperationen	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	Persönlich
<b>weitere Eingriffe</b>		
Vorhofkatheter-Implantation	_____	_____
arterio-venöse Fisteln zur Hämodialyse	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>Eingriffe am Nerven- und Lymphsystem</b>		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>Sonstige gefäßchirurgische Eingriffe</b>		
Gefäßverletzungen	_____	_____
Port-Implantationen	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>Amputationen</b>		
Oberschenkel	_____	_____
Kniegelenk	_____	_____
Unterschenkel	_____	_____
Vorfuß	_____	_____
Zehen	_____	_____
weitere	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

durchgeführte Eingriffe

Einrichtung

Persönlich

**Intraoperative Angioplastie**

Endovasculäre / Interventionelle  
Rekonstruktionsverfahren

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Thrombolyseverfahren

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**K. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich)**

\_\_\_\_\_

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

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