



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

- 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 des Teilgebiets Thoraxchirurgie (WBO 94) ja nein * seit _____

Anerkennung der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ja nein * 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 Thoraxorgane

Doppler-Untersuchungen des Herzens und der großen Gefäße

Duplex-Untersuchungen des Herzens und der großen Gefäße

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl der Herzchirurgischen Klinik/Abteilung _____

		Bettenzahl	Leiter
Allgemeinchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Gefäßchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Thoraxchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Viszeralchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Sonstige Abteilungen:			
Neurochirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Kardiologische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
_____		_____	_____
_____		_____	_____

Intensivabteilung ja nein * Leiter _____

Betten _____

Anästhesie-Abteilung ja nein * Leiter _____

Anzahl der Narkosegeräte _____

Möglichkeit der Intubation mit Doppellumenkatheter ja nein *

Möglichkeit der Jet-Ventilation ja nein *

Niederlassung

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

E. Notfallaufnahme

Leiter _____

Durchgeführte Erstuntersuchungen/Erstbehandlungen pro Jahr _____

Akutkrankenhaus ja nein *

* Zutreffendes ankreuzen

F. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

1. Zahl der Ärzte

Oberärzte _____ Stationsärzte _____

Praxisärzte _____ Weiterbildungsassistenten _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Krankenschwestern/-pfleger _____

Arzthelferinnen/MFA _____

Sonstiges medizinisches Personal _____

G. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

Klinik/Abteilung

Krankendurchgang pro Jahr _____

Verpflegungstage pro Jahr _____

Durchschnittliche Verweildauer (Tage / postoperativ) _____

Belegung im Berichtsjahr _____

Klinische Konsiliartätigkeit ja nein *

Wo _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

Niederlassung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Zahl der Hausbesuche pro Quartal _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

H. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe Teil 2)

Der Vordruck für die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Klinik/Abteilung/Praxis der letzten 12 Monate befindet sich in **Teil 2** dieses Antrages.

Bitte reichen Sie Teil 2 für jede Weiterbildungsstätte separat ein.

* Zutreffendes ankreuzen

I. Sonstige Einrichtungen

Operationstrakt

Zahl der betriebenen Operationssäle _____

davon aseptisch _____

davon septisch _____

Zahl der Operationstische _____

Eigener Kinder-OP ja nein *

Wie viele Herz-Lungen-Maschinen? _____

Röntgen

Zentrale Röntgenabteilung ja nein * Leiter _____

Eigene Röntgenabteilung ja nein * Leiter _____

Konventionelle Röntgendiagnostik verfügbar ja nein *

CT verfügbar ja nein *

MRT verfügbar ja nein *

Sonographie ja nein *

Wo _____

Nuklearmedizinische Untersuchungsmöglichkeit ja nein *

Strahlentherapie-Abteilung ja nein *

Pathologie am Haus vorhanden ja nein *

Leiter _____

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

Labor am Haus vorhanden ja nein *

Leiter

Wo werden die Untersuchungen durchgeführt, wenn kein eigenes Labor vorhanden ist?

* Zutreffendes ankreuzen

Unterwassermassagen ja nein *

Rehabilitation ja nein *

Arbeitstherapie ja nein *

Werden in der Klinik/Abteilung durchgeführt?

Intensivpflege einschließlich Defibrillator ja nein *

Schrittmacher ja nein *

Dialysebehandlung ja nein *

Spirometrie ja nein *

Oszillographie ja nein *

Mediastinoskopie ja nein *

Bronchoskopie ja nein *

mit starrem Gerät ja nein *

mit flexiblem Gerät ja nein *

perbronchiale Punktionen ja nein *

Thorakoskopie ja nein *

Wer leitet das D-Arzt-Verfahren? _____

Jährliche Fallzahl _____

J. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (siehe Teil 2)

K. Weiterbildung

Welche Weiterbildungsinhalte gemäß den 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

* Zutreffendes ankreuzen

M. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 3)

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 Herzchirurgie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Basisweiterbildung

_____ Monate Herzchirurgie

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
- Praxisskizze
- Weiterbildungsprogramm
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

* Zutreffendes ankreuzen

Herzchirurgie

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 ja nein * Zahl _____

Wo _____

Niederlassung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Zahl der Hausbesuche pro Quartal _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

H. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Untersuchungen

Anzahl pro Jahr

Elektrokardiogramm _____

Echokardiographie _____

Sonographien der Thoraxorgane _____

Doppler- / Duplex-Sonographien des Herzens und der großen Gefäße _____

* Zutreffendes ankreuzen

Weitere

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Behandlungsmethoden

durchgeführte Eingriffe

Einrichtung

Persönlich

Operationen am Thorax

Operationen am Thorax im Zusammenhang mit herzchirurgischen Eingriffen

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

Operationen an der Lunge

Operationen an der Lunge und am angrenzenden Mediastinum im Zusammenhang mit herzchirurgischen Eingriffen

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

Geschlossene Operationen

Geschlossene Kommissurotomie

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

Perikardresektion

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

Anastomosen

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

Rekonstruktion an herznahen Gefäßen

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

Epi- und myokardiale Schrittmacherimplantationen

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

weitere

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Offene Operationen

Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine

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

Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine am schlagenden Herzen

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

Eingriffe in tiefer Hypothermie

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

Korrektur v. angeborenen u. erworbenen Herzfehlern

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

Eingriffe bei Erkrankungen des Koronarsystems

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

* Zutreffendes ankreuzen

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	Persönlich
weitere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Gefäß-, Nerven- und Lymphsystem

Operationen an peripheren Gefäßen
im Zusammenhang mit herzchirurgischen Eingriffen

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

J. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich) _____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

