

Landesärztekammer Thüringen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40
07707 JenaTelefon: 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 Kinder- und Jugendmedizin

- 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

Kinder- und Jugendmedizin

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.

Untersuchungen des Abdomens und Retroperitoneum

Untersuchungen der Urogenitalorgane (einschließlich Dopplertechniken)

Untersuchungen des Gehirns

Untersuchungen der Schilddrüse

Untersuchungen der Nasennebenhöhlen

Untersuchungen der Gelenke und Weichteile

Untersuchungen der Säuglingshüfte

* Zutreffendes ankreuzen

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als **Anlage 1** beifügen)**D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung**

Level nach GBA _____

Klinik/Abteilung

Gesamtzahl der Betten _____ davon Neonatologie _____

Neonatologische Beatmungsplätze _____

Perinatalzentrum ja nein * Level: _____Intensivabteilung ja nein * Leiter _____

Betten _____

Intensivmedizinische Versorgung von Kindern und JugendlichenEigene Pädiatrische Intensivstation ja nein * Leiter _____

Betten _____

Wenn nein, ausführliche Beschreibung, wie die intensivmedizinische Versorgung von Kleinkindern (ab 2 Jahre) und Jugendlichen erfolgt (ggf. Anlage beifügen)

Beizufügen ist: Krankheitsspektrum der ITS-Statistik der letzten 12 Monate (einschl. Altersangabe)

Existieren Abteilungen/Arbeitsbereiche/Ambulanzen/Ermächtigungssprechstunde für:

Kinder-Hämatologie und -Onkologie ja nein * Kinder-Kardiologie ja nein *Neuropädiatrie ja nein * Kinder-Endokrinologie und –
Diabetologie ja nein *Kinder-Gastroenterologie ja nein * Kinder-Nephrologie ja nein *Kinder-Orthopädie ja nein * Kinder-Pneumologie ja nein *Kinder-Rheumatologie ja nein * _____ ja nein *

Sonstige Abteilungen am Krankenhaus/Klinik (z. B. HNO, Kinderchirurgie, in denen Kinder betreut werden)

* Zutreffendes ankreuzen

Niederlassung

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

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

Chefärzte _____ Oberärzte _____

Stationsärzte _____ Praxisärzte _____

Weiterbildungsassistenten _____

Sind weitere Gebietsärzte verfügbar?

Augenarzt ja nein * Orthopäde ja nein *

Kinderchirurg ja nein * HNO-Arzt ja nein *

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie ja nein *

Sonstige _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Krankenschwestern/Pfleger _____

Arzthelferinnen/MFA _____

sonstiges medizinisches Personal _____

3. Weitere Fachkräfte (z.B. Psychologen)

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)**G. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe Teil 2)****H. Sonstige Einrichtungen**

Röntgen ja nein *

Leiter _____

Ist ein Radiologe tätig, der die Teilgebietsbezeichnung Kinderradiologie führt? ja nein *

Wenn ja, wer _____

* Zutreffendes ankreuzen

Sonographie ja nein *

Leiter _____

Audiologie

Leiter _____

Pathologie ja nein *

Leiter _____

Physikalische Therapie ja nein *

Leiter _____

Spezielle C-P-Behandlung nach Bobath oder Vojta

 ja nein *Andere therapeutische Angebote _____

_____**Diätküche** ja nein *

Staatlich geprüfte Diätassistenten _____

(Zahl)

Milchküche ja nein ***Beschäftigungstherapie** ja nein *

Kindergärtner/-innen _____

(Zahl)

Heilpädagogen/-innen _____

(Zahl)

Beschäftigungstherapeuten _____

(Zahl)

Logopäden _____

(Zahl)

Ergotherapeuten _____

(Zahl)

Andere Therapieformen am Ort

 ja nein *

(Zahl)

(Zahl)

Krankenhausschule ja nein ***Kinderkrankenpflegeschule am Ort** ja nein *

* Zutreffendes ankreuzen

Labor ja nein *

Leiter _____

Ist eine 24-stündige Notfallversorgung durch das Labor garantiert? ja nein ***Werden in der Klinik/Abteilung/Praxis durchgeführt?**

Lumbalpunktionen nein *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	Gastroskopien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Rektoskopien nein *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	Coloskopien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Oesophagus-pH-Metrie nein *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	Schlaflabor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Leberpunktionen nein *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	Nierenpunktionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Dünndarmsaugbiopsie nein *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	Schweißtests	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Apparative künstliche Beatmung nein *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	Allergentestung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Konsiliartätigkeit an geb.-hilf. Abtlg. nein *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	Zentrale Gefäßkatheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (siehe Teil 2)**J. Weiterbildung**Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte hausinterne Fortbildungsveranstaltungen abgehalten?
(ggf. als Anlage beifügen) ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

* Zutreffendes ankreuzen

K. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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

L. 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 Kinder- und Jugendmedizin

* einschließlich 6 Monate intensivmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ja nein

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ 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.

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?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beruflicher Werdegang | <input type="checkbox"/> Weiterbildungsprogramm |
| <input type="checkbox"/> Praxis-skizze | <input type="checkbox"/> ITS-Statistik |
| <input type="checkbox"/> Krankheitsstatistik
Behandlungsmethoden | <input type="checkbox"/> Untersuchungs- und |

* Zutreffendes ankreuzen

Kinder- und Jugendmedizin

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

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

F. Statistische Angaben**Klinik/Abteilung**

Anzahl der Geburten im Vorjahr _____

Krankendurchgang pro Jahr _____

davon Früh- und Neugeborene _____

Durchschnittliche Verweildauer _____

Belegung im Berichtsjahr (in %) _____

Klinische Konsiliartätigkeit ja nein *

Wo _____

Niederlassung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

davon Frühgeborene _____

davon Neugeborene _____

Zahl der Hausbesuche pro Quartal _____

Belegbetten Zahl _____

Wo _____

G. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**Sonographie**

Anzahl

Untersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums _____

Untersuchungen der Urogenitalorgane _____

Untersuchungen des Gehirns _____

Untersuchungen der Schilddrüse _____

Untersuchungen der Nasennebenhöhlen _____

Untersuchungen der Gelenke und Weichteile _____

Untersuchungen der Säuglingshüfte _____

* Zutreffendes ankreuzen

Sonstige _____

Schutzimpfungen der letzten 12 Monaten

Art der Schutzimpfung Anzahl

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

Kinder- und Jugendlichen-Vorsorgeuntersuchungen

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Labor

Umfang der jährlichen fachspezifischen Laborleistungen _____

Durchführung der Laboruntersuchungen: im eigenen Labor außer Haus

Orientierende Harnuntersuchungen mittels visuellem Farbvergleich

Mikroskopische Untersuchungen des Harnsediments

Hämatologie des peripheren Blutes

Liquoruntersuchungen

Orientierende Gerinnungsuntersuchungen

Blutgasanalyse

Elektrolytbestimmungen

Enzymbestimmungen

* Zutreffendes ankreuzen

Durchführung der Laboruntersuchungen:	im eigenen Labor	außer Haus
Enzymatische Blutzuckerbestimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bakteriologische Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mykologische Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coombstest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgruppenserologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige serologische Untersuchungen (einschließlich Infektionsserologie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunglobuline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenspiegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Anzahl

EKG	_____
Langzeit-EKG	_____
Langzeit-Blutdruckmessung	_____
Ergometrie	_____
Zweidimensionale Echokardiographie	_____
EEG	_____
EVP	_____
EMG	_____
Polygraphie	_____
Spirometrische Untersuchungen der Lungenfunktion	_____
Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Weiterhin ist dem Antrag als **Anlage 3** beizufügen.

Klinik/Abteilung

Krankheitsstatistik in Form eines vom Qualitätsmanagement des Krankenhauses erstellten Ausdruckes – **ohne chirurgische ICD-Nummern**

Niederlassung

Krankheitsstatistik der letzten 12 Monate nach Internationaler Klassifikation (ICD)

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich) _____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

