



**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum
Facharzt für Klinische Pharmakologie**

- 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 _____

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

Bitte Details zu Ihrem wissenschaftlichen Arbeitsgebiet angeben und Ihrem Vortragsverzeichnis sowie ein ausführliches Publikationsverzeichnis beifügen.

D. Beschreibung der Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl _____

Besteht die Möglichkeit zur Notfallversorgung ja nein *

E. Stehen gesunde Probanden zur Verfügung? ja nein *

Gesamtzahl _____ davon Frauen _____ davon Männer _____

F. Verfügt die fachspezifische Einrichtung

• über Möglichkeiten zur Durchführung von Untersuchungen an gesunden
freiwilligen Versuchspersonen ja nein *

• über Einrichtungen zur notfallmäßigen Versorgung bei Zwischenfällen? ja nein *

• über Zugang zu Patienten? ja nein *

G. Personelle Besetzung

1. Anzahl der akademischen Mitarbeiter

Fachliche Leitung _____

* Zutreffendes ankreuzen

Ärzte	_____	Chemiker	_____
Pharmazeuten	_____		
Sonstige	_____	Anzahl	_____
	_____	Anzahl	_____

2. Sonstiges Personal

Schwestern/Pfleger	_____	Medizinisch-technische Assistenten	_____
Chemielaboranten	_____	Biologielaboranten	_____

H. Vermittlung der Weiterbildungsinhalte in der Basisweiterbildung

Können die aufgeführten Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Basisweiterbildung des Gebietes Pharmakologie vermittelt werden?

- den pharmakologischen, toxikologischen, klinischen und experimentellen Grundlagen bei der Erforschung, Entwicklung und Anwendung von Arzneimitteln ja nein *
- der Erkennung unerwünschter Arzneimittelwirkungen einschließlich des Arzneimittelrechts und dem Meldesystem ja nein *
- der Risikobewertung einschließlich Risikomanagement und -kommunikation bei der Verwendung von Wirk- und Schadstoffen ja nein *
- der Beratung und Unterstützung der in der Vorsorge und Behandlung tätigen Ärzte in Fragen der therapeutischen und diagnostischen Anwendung von Arzneimitteln und der klinischen Toxikologie ja nein *
- der Biometrie / Biomathematik, Arzneimittel-Epidemiologie und -Anwendungsforschung ja nein *
- der Pharmako- und Toxikokinetik sowie -dynamik relevanter Wirk- und Schadstoffe ja nein *
- den Grundlagen der biochemischen, chemischen, immunologischen, mikrobiologischen, molekularbiologischen, physikalischen und physiologischen Arbeits- und Nachweismethoden ja nein *
- den Grundlagen der tierexperimentellen Forschungstechnik zur Wirkungsanalyse von Arzneimitteln und Giften einschließlich der tierexperimentellen Erzeugung von Krankheitszuständen zur Wirkungsanalyse von Arzneimitteln und für die Prüfung von Arzneimitteln ja nein *
- der Erkennung und Behandlung akuter Notfälle und Vergiftungen einschließlich lebensrettender Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung ja nein *

I. Welche klinisch-pharmakologische Studien werden durchgeführt oder können durchgeführt werden?

a) Phase I	Anzahl pro Jahr _____
b) Phase II	Anzahl pro Jahr _____
c) Phase III	Anzahl pro Jahr _____
d) Phase IV	Anzahl pro Jahr _____

* Zutreffendes ankreuzen

J. Werden Untersuchungen zur Kinetik und zum Metabolismus von Arzneimitteln durchgeführt? ja nein *

K. Welche Arzneimittelanalysen werden routinemäßig durchgeführt?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Anzahl pro Jahr: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

L. Laboreinrichtungen (ggf. als **Anlage 2** beifügen)

1. Pharmakodynamische Untersuchungsmöglichkeiten
(Prüfung der Herz-Kreislauf-Funktionen, Lungenfunktion, Psychometrie, u. ä.)

Geräteausstattung

2. Chemische und biochemische Analytik

- | | |
|--|---|
| Dünnschichtchromatographie (DC) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * |
| Gaschromatographie (GC) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * |
| Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * |
| UV-VIS-Spektrophotometrie | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * |
| Spektralfluorimetrie | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * |
| Enzymimmunoassay (EMIT) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * |
| Radioaktive Messtechniken (quant. Isotopenverdünnungsanalyse, Radioimmunoassay RIA usw.) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * |

* Zutreffendes ankreuzen

Geräteausstattung

3. Klinisch-chemische Untersuchungen (Hämatologische, Serum- und Urinuntersuchungen)

Geräteausstattung

M. Erstellung klinisch-pharmakologischer Gutachten (jährlich) _____

N. Finden Beratungen zur Arzneitherapie, bei ungewünschten Arzneimittelwirkungen und bei Vergiftungsfällen statt? (ggf. Anlage) ja nein *

O. Weiterbildung

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

* Zutreffendes ankreuzen

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

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Vorlesungen in der Klinischen Pharmakologie und Therapie (ggf. als **Anlage 3** beifügen)

Können Doktoranten betreut werden?

ja nein *

P. Weiterbildungsprogramm (siehe **Anlage 4**)

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

Q. 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 *

R. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Basisweiterbildung

Weiterbildungsermächtigung für _____ Klinische Pharmakologie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Basisweiterbildung

_____ Monate Klinische Pharmakologie

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

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
- Laboreinrichtungen
- Weiterbildungsprogramm

Anlage 4

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- *Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt Klinische Pharmakologie*
- *Dieses Programm ist dem Weiterzubildenden auszuhändigen.*

Weiterbildungsleiter:

Name _____

Einrichtung _____

Abt. _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Weiterbildungsprogramm (Ablauf/Rotationsplanung):

Inhaltliche Gliederung

ggf. Angaben zum Zeitraum, in dem die jeweiligen Inhalte vermittelt werden

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Klinische Pharmakologie