



Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

- 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

Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

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 _____

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

D. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

1. Zahl der Ärzte

Oberärzte _____ davon mit Gebietsanerkennung _____

Praxisärzte _____ davon mit Gebietsanerkennung _____

Weiterbildungsassistenten _____ davon mit Gebietsanerkennung _____

2. Weitere akademische Mitarbeiter

Akademische Mitarbeiter / Fachrichtung	Anzahl
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

MTA-Labor _____ Sonstiges Personal _____

* Zutreffendes ankreuzen

Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

E. Laboratoriumseinrichtungen

Beschreibung des Labors/Praxis als Grundriss in A4-Größe sowie Geräteliste als **Anlage 2** beifügen.

F. Klinische Mikrobiologie

1. Welche Klinischen Einrichtungen / Abteilungen werden versorgt?

Fachgebiet	Anzahl der Patienten pro Jahr
<hr/>	<hr/>

2. Welche Patienten werden ambulant betreut?

Fachgebiet	Anzahl der Patienten pro Jahr
<hr/>	<hr/>

Sämtliche Zahlenangaben pro Jahr nach GOÄ-Nummer, ggf. Methoden etc. aufgliedern und als **Anlage 3** beifügen.

* Zutreffendes ankreuzen

Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

3. Bakteriologie

Anzahl pro Jahr

Einsendungen

4. Virologie

Einsendungen (Virus-Isolierungen, Zellkulturen, Virusidentifizierungen, Tierversuche, Sonstige)

5. Mykologie

Einsendungen (Pilz-Isolierungen, Kulturell, Sonstige)

6. Infektionsserodiagnostische Untersuchungen

Anzahl pro Jahr

Bakteriologie

Virologie

Mykologie

Parasitologie

Sonstige

7. Infektologische Konsultationen (ggf. als Anlage beifügen)

Welche Kliniken/Arztpraxen

G. Krankenhaushygienische Tätigkeiten

Mikrobiologisch-epidemiologische Untersuchungen

Hygienische Untersuchungen

Beratungen

* Zutreffendes ankreuzen

H. Qualitätskontrolle

Teilnahme an Ringversuchen ja nein * Anzahl pro Jahr _____

Welche _____

I. Betreiben Sie

- Erreger-Identifizierungen mit kommerziellen Systemen ja nein *
- Tuberkulosedagnostik ja nein *
- Mikroskopische Untersuchungen ja nein *
- Isolierung (Kultur, Tierversuch) ja nein *
- Identifizierung ja nein *
- Empfindlichkeitsprüfung ja nein *
- Virus-Isolierung und -Identifizierung ja nein *
- Stellen Sie Ihre Nährmedien selbst her? ja nein *

Weitere hier relevante Angaben:

J. Sonstige unter F. bis I. nicht aufgeführte Untersuchungen (ggf. als Anlage beifügen)

* Zutreffendes ankreuzen

K. Wissenschaftliche Schwerpunkte (ggf. als Anlage beifügen)

L. Demonstrationen, Lehrgänge oder Lehrveranstaltungen

Welche

M. Gutachtertätigkeit

Auf welchen Gebieten

Anzahl pro Jahr

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

N. Weiterbildung

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

 ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

<hr/>	<hr/>

* Zutreffendes ankreuzen

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

O. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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

P. Vertretung (nur bei stationärer Weiterbildung)

Wer vertritt den ermächtigten Arzt im Fall seiner Verhinderung durch Urlaub, Kongressteilnahme oder Krankheit im Rahmen der Weiterbildung? (Name, Gebiet, Ort)

Ist die Absprache mit dem oben genannten Vertreter erfolgt?

ja nein *

Q. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Mikrobiologie, Virologie u. Infektionsepidemiologie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Mikrobiologie, Virologie u. Infektionsepidemiologie

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 Krankheits- und Leistungsstatistik
 Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

