

**Landesärztekammer Thüringen**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40  
07707 Jena

Telefon: 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 Neurochirurgie**

- 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

Neurochirurgie

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 \_\_\_\_\_

**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-Untersuchungen extrakranieller hirnversorgender Gefäße

\_\_\_\_\_

Doppler- / Duplex-Untersuchungen intrakranieller hirnversorgender Gefäße

\_\_\_\_\_

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

## D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

### Klinik/Abteilung

Neurochirurgische Klinik/ Abteilung \_\_\_\_\_ Betten \_\_\_\_\_

Neurochirurgische Anästhesieabteilung  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Zahl der Ärzte \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Neurochirurgie

Intensivabteilung:

- a) Zentrale Intensivabteilung  ja  nein \* Leiter \_\_\_\_\_
- b) Neurochirurg. Intensivabteilung  ja  nein \* Leiter \_\_\_\_\_
- c) Interdisziplinäre Intensivabteilung  ja  nein \* Leiter \_\_\_\_\_
- Zahl der neurochirurgischen Betten (im KH-Bettenplan ausgewiesen)      Gesamtbettenzahl      Zahl der Dauerbeatmungsplätze
- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

Ambulanter Bereich:

Werden an der Klinik/Abteilung neurochirurgische Patienten auch ambulant behandelt?  ja  nein \*

Wenn ja, in welcher Form (z. B. Spezialsprechstunde, etc.)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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****Zahl der Ärzte**

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

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

**F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)****G. Leistungsstatistik (siehe Teil 2)****H. Sonstige Einrichtungen**

Zahl der neurochirurgisch genutzten Op-Räume \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

**Neuroradiologische Tätigkeit** ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Anerkennung als \_\_\_\_\_

**Pathologie** ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Wo werden die Untersuchungen durchgeführt, falls keine eigene Pathologie vorhanden ist?

\_\_\_\_\_

**Nachbehandlung**

Heilgymnasten (Zahl) \_\_\_\_\_

Krankengymnastik  ja  nein \*      Bewegungsbad  ja  nein \*Massageräume  ja  nein \*      Unterwassermassagen  ja  nein \*Rehabilitation  ja  nein \*      Ergotherapie  ja  nein \*Elektrotherapie  ja  nein \*      Manuelle Therapie  ja  nein \***I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (siehe Teil 2)****J. Weiterbildung**Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte Fortbildungsveranstaltungen (hausintern, extern) 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

Neurochirurgie

**K. Weiterbildungsprogramm** (siehe Anlage 3)

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 \*

**M. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Neurochirurgie

einschließlich 6 Monate intensivmedizinische Versorgung neurochirurgischer Patienten  ja  nein \*

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Neurochirurgie

---

 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
- Leistungsstatistik
- Weiterbildungsprogramm

\* Zutreffendes ankreuzen

Neurochirurgie

**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**

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

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

Durchschnittliche Verweildauer \_\_\_\_\_

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

Klinische Konsiliartätigkeit  ja  nein \*

Wo \_\_\_\_\_

**Niederlassung**

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

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

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

Belegbetten  ja  nein \* Zahl \_\_\_\_\_

Wo \_\_\_\_\_

**G. Leistungsstatistik****Neurochirurgische Eingriffe einschl. minimalinvasiver, stereotaktischer u. endoskopischer Methodik, auch unter Anwendung der Neuronavigation**

<b><i>Eingriffe an peripheren und vegetativen Nerven</i></b>	gesamt	davon Kinder
Verlagerung	_____	_____
Naht	_____	_____
Neurolyse	_____	_____
Tumorentfernung	_____	_____
Weitere	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

Neurochirurgie

	gesamt	davon Kinder
<b><i>Eingriffe an der zervikalen, thorakalen und lumbalen Wirbelsäule</i></b>		
Nervenwurzeldekompression	_____	_____
Wirbelsäulendekompression	_____	_____
Versorgung von Wirbelsäulenverletzungen	_____	_____
Weitere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b><i>Eingriffe bei Schädel-Hirn-Verletzungen</i></b>		
bei intra- und extraduralen Hämatomen	_____	_____
bei Liquorfisteln	_____	_____
bei Impressionsfrakturen	_____	_____
Weitere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b><i>Eingriffe bei supra- und infratentoriellen intrazerebralen Prozessen, einschließlich Tumor-Operationen</i></b>		
_____	_____	_____
<b><i>Eingriffe bei Schädel-, Hirn- und spinalen Fehlbildungen</i></b>		
Liquorableitungen	_____	_____
Operationen bei Spaltmissbildungen	_____	_____
Operationen bei Trigeminusneuralgie	_____	_____
Operationen bei Hydrozephalus	_____	_____
Weitere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

	gesamt	davon Kinder
<b>Eingriffe bei Schmerzsyndromen</b>	_____	_____
<b>Endoskopisch gestützte Eingriffe</b>	_____	_____
<b>Diagnostische Eingriffe</b>		
Myelographien	_____	_____
Liquordrainagen (lumbal u. ventrikulär, mit u. ohne Druckmessung)	_____	_____
Biopsien	_____	_____
Weitere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>Eingriffe bei sonstigen chirurgischen Maßnahmen</b>		
Eingriffe an extrakraniellen Gefäßen	_____	_____
Tracheotomien	_____	_____
Wundrevision	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>Ultraschalluntersuchungen</b>		Anzahl
Doppler- / Duplex-Untersuchungen extrakranieller hirnversorgender Gefäße		_____
Doppler- / Duplex-Untersuchungen intrakranieller hirnversorgender Gefäße		_____
<b>Neurophysiologische Untersuchungen</b>		
EEG		_____
EP (akustisch, sens.)		_____
EMG		_____
EVP		_____
periphere Elektrodiagnostik		_____
* Zutreffendes ankreuzen		

Anzahl

Weitere

---

---

---

---

---

---

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

---

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen

Neurochirurgie

### Anlage 3

**Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):**

- *Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt Neurochirurgie*
- *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

Neurochirurgie