

**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 Neurologie**

- 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

Neurologie

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.**

Doppler- / Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße  
\_\_\_\_\_

Doppler- / Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße  
\_\_\_\_\_

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

## D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

### Klinik/Abteilung

Neurologische Abteilung Betten \_\_\_\_\_

Intensivabteilung Betten \_\_\_\_\_

Innerhalb der eigenen Abteilung  ja  nein \*

Eigenständige Abteilung  ja  nein \*

\* Zutreffendes ankreuzen

Neurologie

Mitbetreuung auf interdisziplinären intensivmedizinischen Abteilungen  ja  nein \*

Im Thüringer Krankenhausplan ausgewiesene neurologische Intensivstation  ja  nein \*

Anzahl der neurologischen Intensivüberwachungs- oder Intensivtherapie-Betten \_\_\_\_\_

Anzahl der Patienten \_\_\_\_\_

Für wie viele Patienten stehen auf der neurologischen Intensivstation  
Beatmungsmöglichkeiten zur Verfügung? \_\_\_\_\_

**Krankheitsspektrum der ITS (ICD-10-Statistik) bitte als Anlage 2 beifügen**

**Niederlassung**

Beschreibung der Praxis: als **Anlage 3** 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**

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

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

**2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals**

Krankenschwestern/-pfleger \_\_\_\_\_ Altenpfleger/innen \_\_\_\_\_

Heilerziehungspfleger/innen \_\_\_\_\_ MTA/Funktionsdiagn., Labor, Röntgen \_\_\_\_\_

Arzthelferinnen/MFA \_\_\_\_\_

**3. Zahl des sonstigen Assistenzpersonals**

Physiotherapeuten \_\_\_\_\_ Logopäden \_\_\_\_\_

Ergotherapeuten \_\_\_\_\_ Psychologen \_\_\_\_\_

Sozialpädagogen \_\_\_\_\_ Sozialarbeiter \_\_\_\_\_

sonstige \_\_\_\_\_

**F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)**

**G. Leistungs- und Krankheitsstatistik (siehe Teil 2)**

\* Zutreffendes ankreuzen

## H. Sonstige Einrichtungen

### Röntgen

Eigene neuroradiologische Abteilung  ja  nein \*

Zentrale Röntgen-Abteilung  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

### Sonographie

ja  nein \*

Wo \_\_\_\_\_

### Pathologie

ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

### Labor

Zentallabor  ja  nein \*

eigenes Labor  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

#### a) Klinische Chemie

ja  nein \*

Blutspiegelbestimmung von Medikamenten  ja  nein \*

Antiepileptika  ja  nein \*

Welche Antiepileptika

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### b) Medizinische Mikrobiologie und Immunologie

ja  nein \*

#### c) Liquordiagnostik

ja  nein \*

am Haus

außerhalb

Liquordiagnostik \_\_\_\_\_

Klinische Chemie \_\_\_\_\_

Medizinische Mikrobiologie u. Immunologie \_\_\_\_\_

Zytologie \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Neurologie

### Therapeutische Einrichtungen

**a) Immunadsorption**

ja  nein \*

ja  nein \*

**b) Physiotherapie**

ja  nein \*

ja  nein \*

Welches Spektrum \_\_\_\_\_

Anzahl der Behandlungen insgesamt \_\_\_\_\_

am Haus

außerhalb

**c) Psychologische Diagnostik**

ja  nein \*

ja  nein \*

Hirnleistungsdiagnostik

ja  nein \*

ja  nein \*

Psychodiagnostik

ja  nein \*

ja  nein \*

Sonstige

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**d) Ergotherapie**

ja  nein \*

ja  nein \*

**e) Logopädie**

ja  nein \*

ja  nein \*

**f) Sonstige**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nachbehandlung

ja  nein \*

Massageräume  ja  nein \*

Unterwassermassagen

ja  nein \*

Rehabilitation  ja  nein \*

Arbeitstherapie

ja  nein \*

### I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (siehe Teil 2)

### J. Weiterbildung

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

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

ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### K. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 5)

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 Neurologie

einschließlich 6 Monate intensivmedizinische Versorgung neurologischer Patienten

ja  nein \*

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit für \_\_\_\_\_ Monate Neurologie

\_\_\_\_\_  
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.

\* Zutreffendes ankreuzen

Neurologie

**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"/> ICD 10-Statistik (Krankheitsspektrum ITS) |
| <input type="checkbox"/> Praxisstizze           | <input type="checkbox"/> ICD 10-Statistik (Krankheitsstatistik)    |
| <input type="checkbox"/> Leistungsstatistik     |  |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsprogramm |  |

\* Zutreffendes ankreuzen

Neurologie

## 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

Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

Ambulanz  ja  nein \*

neurologisches Patientengut (Zahl) \_\_\_\_\_

psych. Patientengut (Zahl) \_\_\_\_\_

Spezialambulanz  ja  nein \*

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 \_\_\_\_\_

### G. Leistungs- und Krankheitsstatistik

Röntgendiagnostik	Anzahl
Angiographien	_____
Hirndurchblutungsmessungen	_____
CT	_____
andere Untersuchungen mit radioaktiven Stoffen	_____
NMR	_____
PET	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

Anzahl

SPECT

\_\_\_\_\_

Demonstrationen (täglich)

\_\_\_\_\_

Weitere

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Neurophysiologie**

Elektroenzephalographien

\_\_\_\_\_

Elektromyographien

\_\_\_\_\_

Elektroneurographien (einschließlich kortikale Magnetstimulation)

\_\_\_\_\_

Elektronystagmographien

\_\_\_\_\_

B-Scan

\_\_\_\_\_

VEP

\_\_\_\_\_

AEP

\_\_\_\_\_

SEP

\_\_\_\_\_

MEP

\_\_\_\_\_

EEG-Mapping

\_\_\_\_\_

Funktionsdiagnostik des autonomen Nervensystems

\_\_\_\_\_

Funktionsanalysen bei peripheren und zentralen  
Bewegungsstörungen und Gleichgewichtsstörungen

\_\_\_\_\_

Funktionsanalysen bei Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen

\_\_\_\_\_

neuro-otologische Untersuchungen

\_\_\_\_\_

verhaltensneurologische und neuropsychologische Testverfahren

\_\_\_\_\_

Weitere

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Neurologie

Anzahl

**Sonographie**

Doppler- / Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße \_\_\_\_\_

Doppler- / Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße \_\_\_\_\_

**Weitere Leistungen**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Zusätzlich fügen Sie bitte als Krankheitsstatistik einen Ausdruck der ICD-10-Statistik bei.**

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

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen

Neurologie

