



Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum Facharzt für Nuklearmedizin

- 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

Nuklearmedizin

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung ja nein *

Wenn ja, mit wem: _____

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Facharztanerkennung _____ seit _____
(wird von LÄK ausgefüllt)

Teilgebietsanerkennung _____ seit _____
(wird von LÄK ausgefüllt)

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

Anerkennung einer Fachkunde nach RöV ja nein *

Anerkennung einer Fachkunde nach Strahlenschutzverordnung

Welche _____

Bitte benennen Sie namentlich für die folgenden Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik jeweils einen entsprechend qualifizierten Arzt, der für das jeweilige Anwendungsgebiet verantwortlich zeichnet.

Untersuchungen von Abdomen, Retroperitoneum und Urogenitalorganen

Untersuchungen der Schilddrüse

Untersuchungen der Gesichtsteile und der Weichteile des Halses

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

* Zutreffendes ankreuzen

Nuklearmedizin

D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl der nuklearmedizinischen Einrichtung _____

Kooperation mit einer anderen bettenführenden nuklearmedizinischen Einrichtung mit Übernahme der Vor- und Nachsorge bei der Therapie mit offenen Radionukliden ja nein *

Mit welcher Einrichtung wird in o. g. Weise kooperiert?

Existiert eine eigene Station der fachspezifischen Einrichtung? ja nein *

Benennung _____

Leiter _____

Facharzt-
anerkennung
des Leiters

Wie hoch ist der (geplante) Patientendurchsatz pro Jahr? _____

Welche Krankheitsbilder werden behandelt?

Niederlassung

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

* Zutreffendes ankreuzen

E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

(nur Personal aufführen, das ganztätig und ausschließlich nuklearmedizinisch tätig ist)

1. Zahl der Ärzte

Oberärzte	_____	davon mit Gebietsanerkennung	_____
Praxisärzte	_____	davon mit Gebietsanerkennung	_____
Weiterbildungsassistenten	_____		

2. Zahl der hauptamtlichen Mitarbeiter mit Hochschul- bzw. Fachhochschulabschluss

Physiker	_____	Ingenieure	_____
Chemiker	_____	Sonstige	_____

3. Assistenzpersonal

MTA	_____	Techniker	_____
Phys. techn. Assistenten	_____	Chemisch technische Assistenten	_____
Sonstige (Programmierer, Dokumentationsassistenten, technische Hilfskräfte etc.)			_____

4. Pflegepersonal

Krankenschwestern/-pfleger	_____	Sonstiges Pflegepersonal	_____
----------------------------	-------	--------------------------	-------

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)**Klinik/Abteilung**

Behandlungsfälle pro Jahr _____

davon Nachsorge _____

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 _____

* Zutreffendes ankreuzen

G. Leistungsstatistik der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Der Vordruck für die Leistungsstatistik der nuklearmedizinischen Einrichtung der letzten 12 Monate befindet sich in **Teil 2** dieses Antrages.

Bitte reichen Sie Teil 2 für jede Weiterbildungsstätte separat ein.

H. Nuklearmedizinische Einrichtungen (siehe Anlage 3)

I. Strahlenschutz (siehe Anlage 4)

J. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich)

K. Weiterbildung

Regelmäßige Besprechungen

Tägliche nuklearmedizinische Besprechungen

ja nein *

Klinische Visiten

ja nein *

Unmittelbare Vorbereitung und Nachsorge im Zusammenhang mit der Therapie mit offenen Nukliden

ja nein *

Regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen

Bei denen Ärzte in Weiterbildung zugegen sind

ja nein *

Mit welchen Institutionen

Zusammenarbeit mit einem pathologischen / zytologischen Institut

ja nein *

Durch Teilnahme an pathologisch-anatomischen Demonstrationen

ja nein *

Durch pathologisch-anatomische/ zytologische Sicherung nuklearmedizinisch diagnostizierter klinischer Fälle

ja nein *

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

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

* Zutreffendes ankreuzen

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

L. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 5)

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

M. Bibliothek

Lehrsammlung

Wird eine systematische Lehrsammlung von nuklearmedizinischen Befunden, zugehörigen Befundberichten, Dokumentation anderer bildgebender Verfahren, zytologischen, pathologisch-anatomischen Befunden geführt? ja nein *

Bemerkungen

Fachliteratur für den Strahlenschutz

Welche Werke, die ausführlich Strahlenschutzfragen behandeln, sind in der von Ihnen geleiteten Abteilung vorhanden?

Verfasser	Buchtitel	Jahr
-----------	-----------	------

Welche einschlägigen Normblätter sind in der von Ihnen geleiteten Abteilung vorhanden? (DIN-Nummern)

Werden Schriftreihen, z. B. Strahlenschutz in Forschung und Praxis, regelmäßig gehalten? ja nein *

Wie sind die Werke den Ärzten zugänglich?

* Zutreffendes ankreuzen

N. 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 *

O. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Nuklearmedizin

_____ Monate stationäre Patientenversorgung

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Nuklearmedizin

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
- Nuklearmedizinische Einrichtungen
- Leistungsstatistik
- Praxisskizze
- Strahlenschutz
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Nuklearmedizin

Teil 2**Leistungsstatistik**

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

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

I. Ultraschalluntersuchungen

Anzahl

Untersuchungen von Abdomen, Retroperitoneum und Urogenitalorganen _____

Untersuchungen der Schilddrüse _____

Untersuchungen der Gesichtsteile und der Weichteile des Halses _____

II. Diagnostik (In-vivo-Untersuchungen)

Gesamtzahl der mit radioaktiven Stoffen untersuchten Patienten _____

Anzahl der Einzeluntersuchungen _____

Schilddrüse

Tc-Szintigraphie mit TC Traceruptake-Bestimmung _____

Radiojodtest / Jodszintigraphie _____

Übrige endokrine Organe

Nebenschilddrüsenszintigraphie _____

Nebennierenszintigraphie _____

Hirn / ZNS

Perfusionsszintigraphie / SPECT _____

Rezeptorszintigraphie / SPECT _____

Hirn-PET-Untersuchungen _____

Liquorraumszintigraphie _____

Herz / Gefäße

Herzbinnenraumszintigraphie _____

Myokardszintigraphie / SPECT _____

Radionuklidangiographie _____

Radionuklidphlebographie _____

* Zutreffendes ankreuzen

	Anzahl
Lunge	
Perfusionsszintigraphie	_____
Ventilationsszintigraphie	_____
mukoziliäre Clearance	_____
Verdauungstrakt	
Speicheldrüsenszintigraphie	_____
Blutungsquellensuche	_____
Eiweißverlust szintigraphisch	_____
Transitzeit-Bestimmung	_____
Reflux-Diagnostik	_____
Resorptionstests	_____
Leber / Gallenwege	
Hepatobiliäre Funktionsszintigraphie	_____
Leberszintigraphie (RES) / SPECT	_____
Leberszintigraphie (Blutpool) / SPECT	_____
Milz	
Szintigraphie	_____
Nieren	
Nephrographie	_____
Szintigraphie	_____
- statisch	_____
- dynamisch	_____
Clearance-Bestimmungen	_____
- tubulär	_____
- glomerulär	_____
Restharn-Bestimmungen	_____
Refluxdiagnostik	_____

* Zutreffendes ankreuzen

	Anzahl
Blutzell-Markierungen	
Erythrozyten (Blutungsquellensuche)	_____
Leukozyten	_____
Thrombozyten	_____
Lymphsystem	
Lymphszintigraphie allgemein	_____
Sentinel-Lymphknoten (SLH)	_____
Skelettsystem	
Knochenszintigraphie gesamt	_____
- davon Mehrphasenszintigraphie	_____
- davon SPECT	_____
Knochenmarkszintigraphie	_____
Knochendichte-Bestimmung	_____
Tumordiagnostik (Untersuchungen mit tumoraffinen Radiodiagnostika)	_____
Immunszintigraphie	_____
Auge	_____
Hämopoetisches System	
Blutvolumen-Bestimmung	_____
Erythrozyten-Überlebenszeit	_____
Ferrokinetik	_____
Lokalisation roten Knochenmarks	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Anzahl

III. Diagnostik (In-vitro-Untersuchungen)

Anzahl der nuklearmedizinischen In-vitro-Untersuchungen

Schilddrüsendiagnostik

Gesamt-Thyroxin

Freies Thyroxin

Gesamt-Trijodthyronin

Freies Trijodthyronin

TSH basal

TSH nach TRH

Hum. Thyreoglobulin

mikrosomale AK

h-TG-AK

TSH-Rez.-AK

Reverse-T3

Weitere Radioimmunoassays

Sexualhormone

Tumormarker

Hormon-Rezeptoren

Medikamente

weitere Bestimmungen

Sonstige Untersuchungen (in-vivo oder in-vitro)

* Zutreffendes ankreuzen

IV. Therapie

Anzahl

Anzahl der mit Radionukliden vor- und nachbehandelten Patienten
(individuelle Aktivitätsbestimmung, Bestimmung des Zielvolumens,
individuelle Dosisabschätzung, Therapiekontrolle nach erfolgter Therapie)

Radiojodtherapie

Individuelle Aktivitäts-Ermittlung

 ja nein *

Immunhyperthyreose

fokale/disseminierte Autonomie

euthyreote Struma

Schilddrüsenkarzinom

Radiophosphortherapie

Schmerztherapie (Skelettmetastasen)

Radiosynoviorthese

Radioimmun-, Rezeptortherapie

weitere nuklearmedizinische Behandlungen

Werden die Aktivitätsberechnungen von einem Physiker überwacht oder durchgeführt?

 ja nein *

Wird das Zielvolumen: - szintigraphisch ermittelt

 ja nein *

- sonographisch ermittelt

 ja nein *

- mit anderen bildgebenden Verfahren ermittelt

 ja nein *

- geschätzt

 ja nein *_____
Ort/Datum_____
Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Anlage 3 – Nuklearmedizinische Einrichtungen

Organmessplätze (Sondenmessplätze)

Typ	Anschaffungsjahr	Zahl
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Existiert ein Ganzkörper-(Clearance)-Messplatz? ja nein *

Szintillationskamera

Typ	Gesichtsfeldgröße	Anschaffungsjahr	Ausbaustufe**	Zahl
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**z. B. planare Szintigraphie, Einrichtung zur Ganzkörperuntersuchung, ECT-fähig

SPECT (Einrichtungen / Geräte)

Typ	Anschaffungsjahr	Zahl
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PET (Einrichtungen / Geräte)

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

* Zutreffendes ankreuzen

EDV-Einrichtungen (Auswertegeräte für Szintillationskamera und Scanner)

Typ	Anschaffungsjahr	Zahl
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Probenmessplätze

Bohrloch-Einzelmessplätze

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

Probenwechsler für Gamma-Strahler

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Aktivitätsmessgeräte

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

Ort/Datum_____
Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Anlage 4 – Strahlenschutz

Gesetzliche Voraussetzungen

Wer ist Inhaber des Genehmigungsbescheides zum Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen?

Von welcher Behörde wurde der Genehmigungsbescheid erteilt?

Wer ist Strahlenschutzbeauftragter?

Name

Innerbetrieblicher Entscheidungsbereich

Betriebsvoraussetzungen – Bauliche Voraussetzungen

Räume der Abteilung, in denen mit radioaktiven Stoffen gearbeitet wird:

Verwendungszweck

Anzahl

Ist die Abteilung in sich räumlich abgeschlossen?

ja nein *

Verfügt die Bettenabteilung über bauliche Strahlenschutzmaßnahmen?

ja nein *

Ist eine Abklinganlage für radioaktive Abwässer vorhanden?

ja nein *

Existieren ein Kontroll- und ein Überwachungsbereich?

ja nein *

Wie wird die Aktivitätsapplikation protokolliert? (Muster eines Protokolls bitte als Anlage beifügen)

Diagnostik

* Zutreffendes ankreuzen

Therapie

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

