



---

**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum  
Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen**

- 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

Öffentliches Gesundheitswesen

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 anfügen)

## D. Struktur der Einrichtung

### Angaben zum Tätigkeitsbereich

Einrichtung/Behörde: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Die Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst wird ausgeübt:

- die Gesundheitsämter bei den Landratsämtern und kreisfreien Städten  ja  nein \*
- die Landesgesundheitsbehörden  ja  nein \*
- die Bundesgesundheitsbehörden  ja  nein \*
- die Medizinaluntersuchungsämter  ja  nein \*
- die Gerichtsärztlichen Dienststellen,  ja  nein \*
- die Sozialversicherungsärztlichen Dienststellen,  ja  nein \*
- die Gewerbeärztlichen Dienststellen,  ja  nein \*
- die Arbeitsamtsärztlichen Dienststellen,  ja  nein \*
- der Ärztliche Dienst der Versorgungsverwaltung sowie  ja  nein \*

\* Zutreffendes ankreuzen

- weitere Einrichtungen

Welche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Einrichtung verfügt über folgende Fachbereiche

darunter mit ärztlicher Leitung

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung**

**Zahl der Ärzte in der Einrichtung**

davon Ihnen unterstellt

- insgesamt	_____	_____
- mit Gebietsbezeichnung	_____	_____
- mit Gebietsbezeichnung Öffentliches Gesundheitswesen	_____	_____

**F. Statistische Angaben**

Leistungsstatistik des Vorjahres (ggf. Auszug aus d. Jahresberichterstattung gegenüber d. Träger d. Einrichtung) als **Anlage 2** beifügen

**G. Art und Umfang der Tätigkeit auf dem Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen**

% Ihrer Tätigkeit

- Amtsärztlicher Dienst	_____
- Medizinalstatistik	_____
- Medizinalaufsicht	_____
- Gutachtertätigkeit (evtl. spezifiziert nach Gutachtenarten als Anlage)	_____
- Arbeitsmedizinische Beratung und Untersuchung	_____
- Reisemedizinische Beratung	_____
- Gesundheitsberichterstattung	_____
- Kommunale Gesundheitsplanung	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

Öffentliches Gesundheitswesen

% Ihrer Tätigkeit

- Gesundheitsschutz \_\_\_\_\_
- Infektionsschutz \_\_\_\_\_
- Epidemiologie \_\_\_\_\_
- Kommunalhygiene \_\_\_\_\_
- Umweltmedizin \_\_\_\_\_
- Trinkwasserschutz \_\_\_\_\_
- Gesundheitshilfen \_\_\_\_\_
- Gesundheitsförderung \_\_\_\_\_
- Sozialpsychiatrischer Dienst \_\_\_\_\_
- Tuberkulosefürsorge \_\_\_\_\_
- Geschlechtskranken- und AIDS-Beratung \_\_\_\_\_
- Geschwulstkrankenberatung \_\_\_\_\_
- Schwangeren- und Mütterberatung \_\_\_\_\_
- Behindertenberatung \_\_\_\_\_
- Selbsthilfegruppenkontaktstelle \_\_\_\_\_
- Familienberatung \_\_\_\_\_
- Psychologische Beratungsstellen \_\_\_\_\_
- Weitere Beratungsstellen (welche):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Jugendärztlicher Dienst \_\_\_\_\_
- Jugendzahnärztlicher Dienst \_\_\_\_\_
- Jugendarbeitsschutzuntersuchung \_\_\_\_\_
- Berufsberatung \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

## H. Sonstige Einrichtungen

Fachbibliothek  ja  nein \*

Medizinische Dokumentation und Statistik  ja  nein \*

Medizinisch-Klinisches Labor in der Einrichtung  ja  nein \*

oder in Kooperation mit

---

---

Röntgeneinrichtung (zum Thoraxröntgen)  ja  nein \*

oder in Kooperation mit

---

---

Lungen- und Kreislauffunktionsdiagnostik (EKG, Fahrradergometrie, Spirometrie, Bodyplethysmografie)  ja  nein \*

Weitere Einrichtungen (Audiometrie, Sehprüfung u. a.)  ja  nein \*

welche

---

---

---

Ärztliche Untersuchungsräume  ja  nein \*

## I. Weiterbildung

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

ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\* Zutreffendes ankreuzen

Welche vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte können in der medizinischen Einrichtung nicht vermittelt werden?

---

---

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

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

**K. Vertretung**

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 \*

**L. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Öffentliches Gesundheitswesen

davon \_\_\_\_\_ Monate an einem Gesundheitsamt

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Öffentliches Gesundheitswesen

\_\_\_\_\_ Monate an einem Gesundheitsamt

\_\_\_\_\_  
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  Leistungsstatistik  Weiterbildungsprogramm

\* Zutreffendes ankreuzen

Öffentliches Gesundheitswesen

