



---

**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum  
Facharzt für Physiologie**

- 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

Physiologie

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 Facharztanerkennung \_\_\_\_\_

Praxisärzte \_\_\_\_\_ davon mit Facharztanerkennung \_\_\_\_\_

Assistenzärzte \_\_\_\_\_ davon mit Facharztanerkennung \_\_\_\_\_

### 2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

MTA \_\_\_\_\_ Laborhelfer/-innen \_\_\_\_\_

Arzthelferinnen/MFA \_\_\_\_\_ Sonstige nicht-ärztliche Mitarbeiter \_\_\_\_\_

## E. Statistische Angaben

Durchschnittliche Studentenzahl pro Erstsemester \_\_\_\_\_

## F. Lehrleistung

Leiter von Seminaren \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

**Gehaltene Vorlesungen**

---

---

---

**weitere Angaben**

---

---

**G. In der Einrichtung vermittelbare Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten**

**Angaben zu** (als **Anlage 2** beifügen)

- den Grundlagen der Physik, Physikalischen Chemie, Biochemie, Mathematik und Biostatistik einschließlich der Datenverarbeitung, Kybernetik und Bionik sowie Anatomie, Histologie und Zytologie
- der Physiologie des Blutes, des Herzens und Blutkreislaufs sowie der Atmung der Physiologie des Stoffwechsels, des Energie- und Wärmehaushaltes, der Ernährung und Verdauung des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes und des endokrinen Systems sowie der homöostatischen Mechanismen und Regulationen
- der Physiologie der peripheren Nerven und der Rezeptoren, des Muskels, des zentralen Nervensystems und des vegetativen Nervensystems
- der Physiologie der Sinnesorgane
- der Physiologie der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit in allen Lebensalterstufen
- den elektrophysiologischen Methoden zur Untersuchung der Eigenschaften des zentralen Nervensystems sowie der neuralen und muskulären Elemente
- den Methoden der Herz-Kreislauf- und Atmungsphysiologie
- den Methoden der Leistungsphysiologie
- den tierexperimentellen Arbeitstechniken

**H. Erstellung wissenschaftlicher Gutachten (jährlich)**

---

**I. 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

---

---

---

---

---

---

\* Zutreffendes ankreuzen

Welche Weiterbildungsinhalte gemäß den Richtlinien können an 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. Bibliothek**

Existiert eine anatomische Lehrsammlung?  ja  nein \*

Wenn ja, bitte Angaben dazu:

---

---

---

**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 Physiologie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Physiologie

\_\_\_\_\_  
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

Physiologie

**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
- Weiterbildungsprogramm
- vermittelbare Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten

\* Zutreffendes ankreuzen

Physiologie

