
**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum
Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie**

- 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

Plastische und Ästhetische Chirurgie

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 *

Anerkennung der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ja nein * seit _____

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

Untersuchungen bei chirurgischen Erkrankungen und Verletzungen

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

D. Struktur der Klinik/Abteilung/Praxis

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl der Plastisch-chirurgischen Klinik/Abteilung _____

Weitere Abteilungen:

	Bettenzahl	Leiter
--	------------	--------

Allgemeinchirurgische Struktureinheit ja nein * _____

Gefäßchirurgische Struktureinheit ja nein * _____

Herzchirurgische Struktureinheit ja nein * _____

Kinderchirurgische Struktureinheit ja nein * _____

Orthopäd. u. Unfallchirurgische Struktureinheit ja nein * _____

* Zutreffendes ankreuzen

Bettenzahl

Leiter

Plastisch-Chirurgische Struktureinheit ja nein * _____

Thoraxchirurgische Struktureinheit ja nein * _____

Viszeralchirurgische Struktureinheit ja nein * _____

Sonstige: _____

Intensivabteilung ja nein * _____

interdisziplinär ja nein * _____

Anästhesiologische Abteilung ja nein * _____

Poliklinik/Fachambulanz ja nein * Leiter _____

Plastisch-Chirurgische Praxis

Wie ist die Betreuung anästhesiologisch organisiert?

Niederlassung

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

E. Notfallaufnahme

Akutkrankenhaus ja nein *

Leiter _____

F. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/Praxis

1. Zahl der Ärzte

Oberärzte _____ Stationsärzte _____

Praxisärzte _____ Weiterbildungsassistenten _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Krankenschwestern/Pfleger _____

Arzthelferinnen/MFA _____

Sonstiges Assistenzpersonal _____

* Zutreffendes ankreuzen

G. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

H. Leistungsstatistik (siehe Teil 2)

I. Liste des Instrumentariums (Spezialinstrumente / Geräteausstattung, als Anlage 3 beifügen)

J. Sonstige Einrichtungen

Operationstrakt

Zahl der betriebenen Operationssäle _____

davon aseptisch _____

septisch _____

Zahl der Operationstische _____

Wer leitet das D-Arzt-Verfahren? _____

Jährliche Fallzahl _____

Sonographie .. ja nein *

Wo _____

Röntgen

Zentrale Röntgenabteilung ja nein * Leiter _____

Eigene Röntgenabteilung ja nein * Leiter _____

Konventionelle Röntgendiagnostik verfügbar ja nein *

CT verfügbar ja nein *

MRT verfügbar ja nein *

Endoskopie ja nein *

Wo _____

Pathologie am Haus vorhanden ja nein *

Leiter _____

Labor am Haus vorhanden ja nein *

Leiter _____

Rehabilitationsmaßnahmen ja nein *

Art der Behandlungen _____

* Zutreffendes ankreuzen

K. Anzahl der fachbezogenen Begutachtungen für Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen und Gerichte (siehe Teil 2)

L. 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
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

In welcher Weise erfolgen in der Einrichtung Qualitätskontrollen der medizinischen Betreuungsleistungen (z. B. anlässlich von Röntgenvisiten, klinischen Obduktionen, Todesfall- oder Komplikationsanalysen)?

M. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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

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 *

* Zutreffendes ankreuzen

O. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Basisweiterbildung

einschließlich 6 Monate Notfallaufnahme ja nein *

einschließlich 6 Monate Intensivmedizin ja nein *

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Plastische und Ästhetische Chirurgie

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Plastische Chirurgie

_____ Basisweiterbildung

_____ Plastische und Ästhetische Chirurgie

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
- Liste des Instrumentariums
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Plastische und Ästhetische Chirurgie

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

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

G. Statistische Angaben

Klinik/Abteilung

Krankendurchgang pro Jahr _____

Verpflegungstage pro Jahr _____

Durchschnittliche Verweildauer _____

Belegung im Berichtsjahr _____

Klinische Konsiliartätigkeit ja nein *

Wo _____

Belegbetten (Zahl) ja nein * Zahl _____

Wo _____

Niederlassung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

H. Leistungsstatistik

Sonographie

Art der Untersuchung

Anzahl pro Jahr

* Zutreffendes ankreuzen

Endoskopie in der Chirurgischen Klinik/Abteilung

Art der Untersuchung	Anzahl pro Jahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Konstruktive, rekonstruktive und ästhetisch-plastisch-chirurgische Eingriffe einschl. mikrochirurgischer, Laser- und Ultraschalltechniken sowie nah- und Fernlappenplastiken mit und ohne Gefäßanschluss, davon

Eingriffe im Kopf-Hals-Bereich

	durchgeführte Eingriffe	
	Einrichtung	Persönlich
ästhetische Eingriffe an Nase, Ohren, Haut u. Lidern	_____	_____
weitere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Eingriffe im Rumpf- und Brustbereich

ästhetische Eingriffe zur Veränderung der Brustform	_____	_____
weitere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Eingriffe an Rumpf und Extremitäten

Aspirationslipektomien	_____	_____
Abdominoplastiken	_____	_____
weitere		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

durchgeführte Eingriffe

Einrichtung

Persönlich

Eingriffe an der Hand

Eingriffe im Band- und Skelettsystem, an Sehnen

**Eingriffe an Haut- und subkutanen Weichteilen,
einschl. am Gefäßsystem**

Eingriffe an peripheren Nerven

**Eingriffe im Rahmen der Erstversorgung von Verbrennungen
und zur Behandlung von Verbrennungsfolgen, davon**

Erstversorgungen

Intensivmaßnahmen

Wiederherstellung des Hautmantels

zur Korrektur von Verbrennungsfolgen

Weitere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

* Zutreffendes ankreuzen

**K. Anzahl der fachbezogenen Begutachtungen für Berufsgenossenschaften,
Unfallversicherungen und Gerichte (jährlich)** _____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Plastische und Ästhetische Chirurgie

