



## Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung im Gebiet Rechtsmedizin

- 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

Rechtsmedizin

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 \_\_\_\_\_

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

## D. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

### 1. Akademische Mitarbeiter

Mediziner \_\_\_\_\_ Zahnmediziner \_\_\_\_\_

Chemiker \_\_\_\_\_ Biologen \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

### 2. Assistenzpersonal

MTA \_\_\_\_\_ CTA \_\_\_\_\_

PTA \_\_\_\_\_ Obduktionsgehilfen \_\_\_\_\_

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

Sonstige \_\_\_\_\_

## E. Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Forensische Pathologie  ja  nein \* Forensische Histologie  ja  nein \*

Forensische Toxikologie  ja  nein \* Forensische Serologie  ja  nein \*

Forensische DNA-Diagnostik  ja  nein \* Ambulante Blutentnahmen  ja  nein \*

Röntgen  ja  nein \* Psychopathologie  ja  nein \*

\* Zutreffendes ankreuzen

**Vom niedergelassenen Arzt einzureichen:**

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

**F. Statistische Angaben**

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal \_\_\_\_\_

**G. Leistungsstatistik der vergangenen drei Jahre** (als **Anlage 3** beifügen)

Bitte reichen Sie die Leistungsstatistik für jede Weiterbildungsstätte separat ein.

**H. Liste des Instrumentariums** (als **Anlage 4** beifügen)

Aufschlüsselung von Spezialinstrumenten, der Geräteausstattung u. ä.

**I. Sonstige Einrichtungen**

Aufgaben zur Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (Labor u. ä.)

---

---

---

---

---

---

---

**J. 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 Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung können an der medizinischen Einrichtung nicht vermittelt werden?

---



---



---

### 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 Rechtsmedizin

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Rechtsmedizin

\_\_\_\_\_  
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

\* Zutreffendes ankreuzen

Rechtsmedizin

**Haben Sie beigefügt?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beruflicher Werdegang | <input type="checkbox"/> Liste des Instrumentariums |
| <input type="checkbox"/> Praxisstizze          | <input type="checkbox"/> Weiterbildungsprogramm     |
| <input type="checkbox"/> Leistungsstatistik    |   |

## Anlage 5

### Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- ***Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt Rechtsmedizin***
- ***Dieses Programm ist dem Weiterzubildenden auszuhändigen.***

### Weiterbildungsleiter:

Name \_\_\_\_\_

Einrichtung \_\_\_\_\_

Abt. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

### Weiterbildungsprogramm (Ablauf/Rotationsplanung):

Inhaltliche Gliederung

ggf. Angaben zum Zeitraum, in dem  
die jeweiligen Inhalte vermittelt werden

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen

Rechtsmedizin