



Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum Facharzt für Strahlentherapie

- 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

Strahlentherapie

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 _____

Anerkennung einer Fachkunde nach RöV ja nein *Anerkennung der Fachkunde nach RöV in der ja nein * seit _____
medizinischen RöntgentherapieAnerkennung der Fachkunde nach StrSchV ja nein * seit _____

Welche Anwendungsgebiete:

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als **Anlage 1** beifügen)**D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung**

Ständig versorgte Klinken/Abteilungen

Bettenzahl

Augenheilkunde _____

Chirurgie _____

Gynäkologie und Geburtshilfe _____

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde _____

Haut- und Geschlechtskrankheiten _____

Innere Medizin _____

* Zutreffendes ankreuzen

Strahlentherapie

	Bettenzahl
Kinder- und Jugendmedizin	_____
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	_____
Neurologie und Psychiatrie	_____
Orthopädie und Unfallchirurgie	_____
Urologie	_____
Sonstige	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Radio-/Onkologische Abteilung

bzw. Bettenabt. für Strahlenbehandlung inkl. Behandlung mit radioaktiven Isotopen

Bettenzahl

Strahlentherapie	_____
Nuklearmedizin	_____

Stehen dem Antragsteller Betten auf anderen Abteilungen zur Verfügung

ja nein *

Wo?

Wie viele?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Vom niedergelassenen Arzt einzureichen:

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

E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

1. Zahl der Ärzte

Ärzte mit Gebietsanerkennung Strahlentherapie, davon	_____
mit Gebietsanerkennung Radiologie	_____
Ärzte ohne Gebietsanerkennung Strahlentherapie, davon	_____
ohne Gebietsanerkennung Radiologie	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Strahlentherapie

2. Zahl des Naturwissenschaftlichen Personals

Wie viele Physiker sind in der Klinik/Abteilung/Praxis tätig? _____

Physikalisch-technische Assistenten/Assistentinnen _____

Sonstige (z. B. Ingenieure, Mechaniker) _____

_____**3. Zahl des Medizinisch-technischen Personals für die Strahlentherapie** _____

davon "Fach-MTR für Strahlentherapie" _____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)**G. Leistungsstatistik (siehe Teil 2)****H. Strahlentherapeutische Einrichtungen (siehe Anlage 3)****I. Sonstige Einrichtungen****Spezielle Maßnahmen zur Weiterbildung**Regelmäßige tägliche strahlentherapeutische Besprechungen
(des ärztlichen Leiters oder seines Oberarztes) ja nein *

Klinische Visiten

 ja nein *Gibt es regelmäßige Besprechungen mit den Kliniken (Tumorkonferenzen),
bei denen die Weiterbildungsassistenten zugegen sind? ja nein *Mit welchen Kliniken _____

Zusammenarbeit mit einem Pathologischen Institut bzw. Prosektur

a) durch Teilnahme an pathologisch-anatomischen Demonstrationen

 ja nein *

b) Konsultationsmöglichkeit bei histologischen Fragestellungen

 ja nein *c) Name des Pathologisch-Anatomischen Instituts

* Zutreffendes ankreuzen

Besteht eine wissenschaftliche Sammlung

ja nein *

Wenn ja, welcher Art _____

K. Erstellung ausführlich begründeter Gutachten (siehe Teil 2)

L. Weiterbildung

Wo erfolgt die röntgendiagnostische Weiterbildung?

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

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

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Wird der Weiterbildungsassistent zum Unterricht für medizinisches Assistenzpersonal eingesetzt?

ja nein *

In welcher Art _____

Wissenschaftliche Qualitätskontrolle:

Erfolgt die regelmäßige Teilnahme an wissenschaftlichen Fachtagungen?

ja nein *

Werden die eigenen Ergebnisse bei diesen Veranstaltungen vorgestellt?

ja nein *

M. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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

* Zutreffendes ankreuzen

Strahlentherapie

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 Strahlentherapie

_____ Monate stationäre Patientenversorgung

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für

_____ Monate Strahlentherapie

_____ Monate stationäre Patientenversorgung

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
- Strahlentherapeutische Einrichtungen
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Strahlentherapie

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

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

F. Statistische Angaben**Klinik/Abteilung**

Fallzahl stationär _____ ambulant _____

davon Nachsorge stationär _____ ambulant _____

Belegung der strahlentherapeutischen Bettenstation im Berichtsjahr (in %) _____

Klinische Konsiliartätigkeit ja
nein *

Wo _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

Niederlassung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

G. Leistungsstatistik

Patientenzahl

stationär ambulant

Neuzugänge an Tumorpatienten

(Rezidiv- und Metastasenfälle, die im selben Jahr schon bestrahlt wurden, sind als Neuzugänge aufzuführen)

Gesamtzahl aller Bestrahlungsfraktionen

Gesamtzahl der Bestrahlungsfelder (eine Bewegungsbestrahlung zählt als ein Feld)

* Zutreffendes ankreuzen

Bestrahlungsplanungen für perkutane Bestrahlung

Bestrahlungsplanung einfach:
konventionelle Einstellungen unter Röntgen-Durchleuchtung am Simulator

Anzahl

Bestrahlungsplanung mittel:
konventionelle Einstellung unter Röntgen-Durchleuchtung auch für
irreguläre Felder, mit individuellen Blöcken bzw. MLC

Bestrahlungsplanung komplex:
konventionelle 3D-Bestrahlung bzw. nicht-koplanare Felder

weitere spezielle Bestrahlungsplanungen:

Krankheitsstatistik

Fälle

Mammakarzinome

Bronchialkarzinome

Prostatakarzinome

HNO-Tumore

Gynäkologische Tumore

Rektumkarzinome

Fälle

Hirntumore

Oesophagustumore

Analkarzinome

Knochen- und Weichteiltumore

Hauttumore

Kindliche Tumore

Systemerkrankungen

Mb-Hodkin-Lymphom

Non-Hodkin-Lymphom

Gutartige Erkrankungen

Sonstige

* Zutreffendes ankreuzen

Strahlentherapie

Besondere Behandlungstechniken

Anzahl

Ganzkörperbestrahlungen (z. B. zur Knochenmarkskonditionierung)	_____
Ganzhautbestrahlungen	_____
Halbkörperbestrahlungen	_____
Intraoperative Bestrahlungen	_____
Brachytherapie	_____
intracavitär	_____
interstitiell	_____
Moulagentechnik	_____
Sonstige _____	_____
_____	_____
_____	_____

Behandlungstechniken

Röntgenweichteiltherapie	_____
Nahbestrahlung	_____
Orthovolttherapie	_____
Linearbeschleuniger	_____
Radioaktive Quellen (Telecurietherapie)	_____
Brachytherapie mit Afterloadingverfahren einschl. dazugehöriger Behandlungsplanung	_____
Brachytherapie ohne Afterloadingverfahren einschl. dazugehöriger Behandlungsplanung	_____
Teletherapie mit Teilchenbeschleunigern	_____

Weitere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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

* Zutreffendes ankreuzen

K. Erstellung ausführlich begründeter Gutachten (jährlich)

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Strahlentherapie

Anlage 3 – Strahlentherapeutische Einrichtungen

Aufstellung über die vorhandene Einrichtung in Strahlentherapie und Nuklearmedizin inklusive wichtigem Zubehör mit Angabe des Anschaffungsjahres

1. Strahlentherapeutische Geräte

Gerät/Firma Anschaffungsjahr	Typ	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Zusatzeinrichtung zur Verifikation

Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____

Zusatzeinrichtung für irreguläre Felder

Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____

Zusatzeinrichtung zur Intensitätsmodulation

Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____

2. Bestrahlungsplanung

Simulator(en)

Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Strahlentherapie

Computertomographen

Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Therapieplanungssystem

Ist ein digitales Datennetz vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Ist ein digitales Bildnetz vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. Eventuelle andere bildgebende Systeme

Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. Dosimetrie

Gerät/Firma	Anschaffungsjahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

