

Landesärztekammer Thüringen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40
07707 JenaTelefon: 03641 614-124
Fax: 03641 614-129
Internet: www.laek-thueringen.de
Email: weiterbildung@laek-thueringen.de

Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum Facharzt für Urologie

- 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

Urologie

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 _____

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen
 (wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

Anerkennung einer Fachkunde nach RöV ja nein *

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

Sonographie der Urogenitalorgane

Sonographie des Abdomens und Retroperitoneum

Doppler- / Duplex-Sonographie der Gefäße des Urogenitaltraktes

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

D. Struktur der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl der urologischen Klinik/Abteilung _____

davon: Männer _____ Frauen _____ Kinder _____

Urologische Stationen (welche) _____

* Zutreffendes ankreuzen

Ambulanz ja nein *

Spezielle Dispensaire-
Betreuung (welche)

Weitere Abteilungen

Bettenzahl

Chirurgie

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Kinderheilkunde

Anästhesiologie

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Kinderchirurgie

Innere Medizin

Nephrologie

Dialyse

Sonstige Spezialabteilungen:

Intensivüberwachung

ja nein *

Intensivabteilung

ja nein *

interdisziplinär

ja nein *

chirurgisch

ja nein *

internistisch

ja nein *

Sonstige

Niederlassung

ja nein *

Spezielle Dispensaire-
Betreuung (welche)

Bitte fügen Sie eine Beschreibung der Praxis als **Anlage 2** bei, mit Skizze des Grundrisses und Benennung der einzelnen Räume in DIN A4 Größe.

* Zutreffendes ankreuzen

E. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/Praxis

1. Zahl der Ärzte

Oberärzte _____ Fachärzte/Stationsärzte _____
 Praxisärzte _____ Weiterbildungsassistenten _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Krankenschwestern/Pfleger _____ Arzthelferinnen/MFA _____
 OP-Schwester/Pfleger _____ Sonstiges Assistenzpersonal _____
 MTA _____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

G. Leistungsstatistik (siehe Teil 2)

H. Sonstige Einrichtungen

Röntgen

Eigene Röntgenabteilung ja nein * Zentrale Röntgen-Abteilung ja nein *
 Leiter _____

Röntgendemonstrationen:

wöchentlich ja nein * täglich ja nein *
 Knochenszintigraphie ja nein * Renoszintigraphie ja nein *
 Möglichkeiten der Isotopendiagnostik ja nein *

Eigene Pathologie

Leiter _____ ja nein *
 Zytologische Untersuchungen in der eigenen Einrichtung ja nein *

Wo werden die Untersuchungen durchgeführt (falls keine eigene Pathologie)

Labor

Eigenes Labor ja nein * Zentrallabor ja nein *
 Leiter _____

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (siehe Teil 2)

* Zutreffendes ankreuzen

J. Weiterbildung

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte Fortbildungsveranstaltungen (hausintern / extern) abgehalten? (ggf. als Anlage beifügen) ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

K. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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)

M. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Urologie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Urologie

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

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
- Praxis-skizze
- Leistungsstatistik
- operativen Leistungen
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

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**Urologische Klinik/Abteilung**

Fallzahl pro Jahr _____

Anteil der Kinder bis 14. Lebensjahr _____

Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) _____

Belegung im Berichtsjahr (in %) _____

Klinische Konsiliartätigkeit ja nein *

Wo _____

Belegbetten/Aufwachbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

Niederlassung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Zahl der Hausbesuche pro Quartal _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

G. Leistungsstatistik

- Bitte einen Computerauszug der rechnerischen Erfassung der operativen Leistungen mit Unterschrift als **Anlage 3** beifügen.

Anzahl

Urologische Früherkennungsuntersuchungen _____

Punktions- und Katheterisierungstechniken _____

Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie _____

Enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik _____

Lokal- und Regionalanästhesien _____

Extrakorporale Stoßwellenbehandlung _____

* Zutreffendes ankreuzen

	Anzahl
Röntgendiagnostik	
Urographien	_____
Cystourethrographien	_____
Computertomographien	_____
Ureteropyelographien	_____
antegrad	_____
retrograd	_____
MCU / UCG	_____
Kernspintomographie	_____
Weitere (z. B. Cavernosographie)	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Sonographie	
Sonographie der Urogenitalorgane	_____
Sonographie des Abdomens und Retroperitoneums	_____
Doppler- / Duplex-Sonographie der Gefäße des Urogenitaltraktes	_____
Urodynamische Untersuchungen	
Cystometrie	_____
Urethra-Druck-Profil-Messung	_____
Uro-Flowmetrie	_____
Video-Urodynamik	_____
Laboruntersuchungen	
Ejakulatuntersuchungen	_____
Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Urologische Eingriffe einschließlich endoskopischer, laparoskopischer, lasertherapeutischer, ultraschallgesteuerter und sonstiger physikalischer Verfahren

an Niere, Harnleiter, Retroperitonealraum

Einrichtung

persönlich

einfach Nephrektomie

ureterorenoskopische Interventionen

Nierenbeckenplastik

Weitere

an Harnblase und Prostata

Harn-Inkontinenzoperation

Prostataadenomektomie

transurethraler Prostataresektion

transurethraler Blasentumorresektion

Weitere

am äußeren Genitale und Harnröhre

Hodenbiopsie

Zirkumzision

Orchidopexie

Varikozelen/Hydrozelen-Operation

Harnröhrenrekonstruktionen

Weitere

* Zutreffendes ankreuzen

Urologische Eingriffe höherer Schwierigkeitsgrade ____

Einrichtung

persönlich

Radikaloperation bei urologischen Krebserkrankungen

äußere Genitale

Skrotum und Leiste

kleines Becken einschl. Blase und Prostata

Ureter und Retroperitoneum

Niere

Weitere

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich)

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

