



## Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum Facharzt für Viszeralchirurgie

- 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

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 \*

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

Sonographie des Abdomens und Retroperitoneums (einschl. Nieren)

\_\_\_\_\_

Untersuchungen der Urogenitalorgane

\_\_\_\_\_

Duplex-Sonographie der abdominalen und retroperitonealen Gefäße

\_\_\_\_\_

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

- \* Zutreffendes ankreuzen

## D. Struktur der Klinik/Abteilung/Niederlassung

### Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl der viszeralchirurgischen Klinik/Abteilung \_\_\_\_\_

		Bettenzahl	Leiter
Allgemeinchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Gefäßchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Herzchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Kinderchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Orthopäd. u. Unfallchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Plastisch-Chirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Thoraxchirurgische Struktureinheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Sonstige: _____		_____	_____
_____		_____	_____
_____		_____	_____

### Intensivabteilung

a) Zentrale Intensivabteilung  ja  nein \* Leiter \_\_\_\_\_

Gesamtbettenzahl \_\_\_\_\_ Zahl der Dauerbeatmungsplätze \_\_\_\_\_

Zahl der chirurgisch genutzten intensivtherapeutischen Betten \_\_\_\_\_

b) Chirurgische Intensivabteilung  ja  nein \* Leiter \_\_\_\_\_

Gesamtbettenzahl \_\_\_\_\_ Zahl der Dauerbeatmungsplätze \_\_\_\_\_

Ist die Möglichkeit der Dialyse gegeben?  ja  nein \* Anzahl der Plätze \_\_\_\_\_

### Niederlassung

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

## E. Notfallaufnahme

Leiter \_\_\_\_\_

Akutkrankenhaus  ja  nein \*

- \* Zutreffendes ankreuzen

Viszeralchirurgie

## F. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/ Niederlassung

### 1. Zahl der Ärzte

Oberärzte \_\_\_\_\_ Stationsärzte \_\_\_\_\_

Praxisärzte \_\_\_\_\_ Weiterbildungsassistenten \_\_\_\_\_

### 2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Krankenschwestern/Pfleger \_\_\_\_\_

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

Sonstiges Assistenzpersonal \_\_\_\_\_

## G. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

## H. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe Teil 2)

## I. Sonstige Einrichtungen

### Operationstrakt der gesamten Klinik

Zahl der betriebenen Operationssäle \_\_\_\_\_

davon aseptisch \_\_\_\_\_ septisch \_\_\_\_\_

Zahl der Operationstische \_\_\_\_\_

davon aseptisch \_\_\_\_\_ septisch \_\_\_\_\_

Wie viele viszeralchirurgisch genutzte Operationsräume gibt es? \_\_\_\_\_

### Radiologie

Zentrale Röntgenabteilung  ja  nein \* Leiter \_\_\_\_\_

Eigene Röntgenabteilung  ja  nein \* Leiter \_\_\_\_\_

Außer den konventionellen röntgendiagnostischen Verfahren sind für die Weiterbildungseinrichtung nutzbar:

Digitale Subtraktionsangiographie  ja  nein \*

Computertomographie  ja  nein \*

Magnetresonanztomographie  ja  nein \*

Isotopenuntersuchung  ja  nein \*

- \* Zutreffendes ankreuzen

Viszeralchirurgie

**Sonographie** ja  nein \*

Wo \_\_\_\_\_

Interventionelle Sonographie

 ja  nein \***Labor** am Haus vorhanden ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Wenn nicht, wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt und wer zeichnet dafür verantwortlich?

\_\_\_\_\_

**Pathologie** am Haus vorhanden ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Wenn nicht, wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt und wer zeichnet dafür verantwortlich?

\_\_\_\_\_

**J. Zahl der eigenen wissenschaftlich begründeten Gutachten (siehe Teil 2)****K. Weiterbildung**

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte hausinterne Fortbildungsveranstaltungen abgehalten? (ggf. als Anlage beifügen)

 ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- \* Zutreffendes ankreuzen

**L. Weiterbildungsprogramm** (siehe Anlage 3)

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

**M. 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 \*

**N. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Basisweiterbildung

einschließlich 6 Monate Notfallaufnahme  ja  nein \*

einschließlich 6 Monate Intensivmedizin  ja  nein \*

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Viszeralchirurgie (Special Trunk)

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Viszeralchirurgie

\_\_\_\_\_  
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  Untersuchungs- und Behandlungsmethoden  
 Praxisskizze  Weiterbildungsprogramm

- \* Zutreffendes ankreuzen

Viszeralchirurgie

**Teil 2**

Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (der letzten 12 Monate)

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

**G. Statistische Angaben****viszeralchirurgische Klinik/Abteilung**

Krankendurchgang pro Jahr \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Verweildauer (%) \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Bettenauslastung (%) \_\_\_\_\_

Klinische Konsiliartätigkeit  ja  nein \*

Wo \_\_\_\_\_

**Niederlassung**

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

Zahl der Konsultationen pro Quartal \_\_\_\_\_

Zahl der Hausbesuche pro Quartal \_\_\_\_\_

Belegbetten  ja  nein \* Zahl \_\_\_\_\_

Wo \_\_\_\_\_

**H. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden****Untersuchungen**

	Einrichtung	Persönlich
sonographische Untersuchungen des Abdomens, des Retroperitoneums und der Urogenitalorgane	_____	_____
Durchführung und Befundung von Rekto-/Sigmoidoskopien	_____	_____

- \* Zutreffendes ankreuzen

**Klinik/Abteilung****Operative Eingriffe**

	Einrichtung	Persönlich
Kopf/Hals z. B. Schilddrüsenresektionen, Tracheotomien	_____	_____
an Brustwand einschließlich Thorakotomie und Thoraxdrainagen	_____	_____
an Bauchwand und Bauchhöhle einschließlich Resektionen, Übernähungen, Exstirpationen, endoskopischer und interventioneller Techniken, z. B. Lymphknotenexstirpationen, Entfernung von Weichteilgeschwülsten, explorative Laparotomie, Magen-, Dünndarm- und Dickdarmresektionen, Notversorgung von Leber- und Milzverletzungen, Appendektomie, Anus- <i>praeter</i> -Anlage, Hämorrhoidektomie, periproktitische Abszess-Spaltung, Fistel- und Fissur-Versorgung,	_____	_____
davon Cholezystektomien	_____	_____
Herniotomien	_____	_____
Appendektomien	_____	_____
Adhäsiolysen	_____	_____
Dünndarm-Resektionen	_____	_____
Dickdarm-Resektionen	_____	_____
proktologische Operationen	_____	_____
Eingriffe an Haut- und Weichgewebe bei entzündlichen und Tumorerkrankungen	_____	_____
Notfalleingriffe des Bauchraums, z. B. bei Ileus, Blutung, Peritonitis, Mesenterialinfarkt einschließlich Thrombektomie und Embolektomie der Viszeralgefäße	_____	_____
Port-Implantationen	_____	_____

**Niederlassung**

Krankheits- bzw. Diagnosestatistik der letzten 12 Monate (keine Vorgaben)

- \* Zutreffendes ankreuzen

**J. Zahl der eigenen wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich) \_\_\_\_\_**

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

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

- \* Zutreffendes ankreuzen

Viszeralchirurgie

