

Landesärztekammer Thüringen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40
07707 Jena

Telefon: 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

_____ (bitte ausfüllen)

über den Umfang von 12 Monaten

- 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 _____

niedergelassen/angestellt MVZ seit: _____ als: _____

Vollzeittätigkeit: ja nein * Teilzeittätigkeit: ja nein * Anzahl der Stunden / Woche: _____

niedergelassen/angestellt MVZ seit: _____ als: _____

Wenn in MVZ – Leiter des MVZ: _____

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 *

Teilnahme am vertragsärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst ja nein *

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

D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl _____

Intensivüberwachung ja nein *

Niederlassung

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

Oberärzte _____ Stationsärzte _____

Praxisärzte _____ Weiterbildungsassistenten _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Krankenschwestern/Pfleger _____

Arzthelferinnen/MFA _____

NÄPA _____

Sonstiges Assistenzpersonal _____

*Zutreffendes ankreuzen

F. Statistische Angaben

Klinik/Abteilung

Krankendurchgang pro Jahr _____

davon konservativ _____

davon operativ _____

Klinische Konsiliartätigkeit

ja nein *

Wo _____

Niederlassung:

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Zahl der Hausbesuche pro Quartal _____

G. 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 *

H. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung im Fachgebiet _____ über einen Umfang von 12 Monaten

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

*Zutreffendes ankreuzen