



**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

- 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: _____

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung ² 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)

_____ seit _____

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

Anerkennung einer Fachkunde nach RÖV ja nein *

Bitte benennen Sie namentlich einen Arzt, der für die Vermittlung der Kenntnisse im Strahlenschutz verantwortlich zeichnet und im Besitz der Fachkunde im Strahlenschutz für die Röntgendiagnostik des nachfolgenden Anwendungsgebietes ist:

Röntgendiagnostik des Schädels

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

Sonographie der Gesichts- und Halsweichteile

Sonographie der Nasennebenhöhlen

Doppler- / Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

* Zutreffendes ankreuzen

D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Klinik/Abteilung

| | | |
|---------------------|---|--------------|
| | | Anzahl |
| HNO-Betten (gesamt) | | _____ |
| davon Kinderbetten | | _____ |
| Intensivüberwachung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * | Betten _____ |

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 Klinik/Abteilung/Niederlassung

1. Zahl der Ärzte

| | | | |
|-------------|-------|---------------------------|-------|
| Oberärzte | _____ | Stationsärzte | _____ |
| Praxisärzte | _____ | Weiterbildungsassistenten | _____ |

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

| | |
|-----------------------------|-------|
| Krankenschwestern/Pfleger | _____ |
| Arzthelferinnen/MFA | _____ |
| Sonstiges Assistenzpersonal | _____ |

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

G. Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (siehe Teil 2)

H. Sonstige Einrichtungen

| | |
|---|---|
| Röntgenabteilung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * |
| Leiter | _____ |
| Konventionelle Röntgendiagnostik verfügbar | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * |
| Wöchentliche Röntgendemonstrationen vorgehalten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * |
| CT verfügbar | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * |
| MRT verfügbar | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * |
| Strahlentherapie am Haus | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * |

* Zutreffendes ankreuzen

Labor

ja⁴ nein *

Leiter _____

Audiologie

ja nein *

Leiter _____

Ausrüstung _____

Sonographie

ja nein *

Leiter _____

Otoneurologie

ja nein *

Leiter _____

Ausrüstung _____

Allergologie

ja nein *

Leiter _____

Ausrüstung _____

Ambulanz

ja nein *

Leiter _____

Ausrüstung _____

Phoniatrie/Pädaudiologie

ja nein *

Leiter _____

* Zutreffendes ankreuzen

Ausrüstung _____

_____Interdisziplinäre Tumorkonferenzen vorgehalten ja nein ***I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten** (jährlich) (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

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

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

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 *

* Zutreffendes ankreuzen

N. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Basisweiterbildung

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Basisweiterbildung

_____ Monate Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Krankheits- bzw. Diagnosestatistik)
- Weiterbildungsprogramm

Teil 2

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

Zeitraum vom _____ bis _____

F. Statistische Angaben**Klinik/Abteilung**

Krankendurchgang pro Jahr _____

davon konservativ _____

davon operativ _____

Kinder pro Jahr _____

Ambulante Operationen _____

Klinische Konsiliartätigkeit ja nein *

Wo _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

Niederlassung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Zahl der Hausbesuche pro Quartal _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

Zusammensetzung des Patientengutes:

Erwachsene _____ % Kinder _____ %

Rentner _____ %

G. Untersuchungs- und Behandlungsverfahren**Klinik/Abteilung**

1. Operationsstatistik _____ des Antragstellers _____ der HNO-Einrichtung

a) Ohrchirurgie

Mastoidektomie _____

* Zutreffendes ankreuzen

8
des Antragstellers

der HNO-Einrichtung

Radikaloperation

Tympanoplastik

Otoskleroseoperationen

Ohrmuschelplastik

Otobasale Frakturen

Tumoroperationen

Felsenbeinpräparationen

Sonstige Operationen

b) Nasen- und Gesichtschirurgie

Septumplastik

Rhinoplastik

Rhinobasale Operationen

Mittelgesichtsfrakturen

externe NNH-Chirurgie

endonasale NNH-Chirurgie

maligne NNH-Tumoroperationen

Parotischirurgie

Sonstige Operationen

c) Mund-Rachen-Chirurgie

Chirurgie maligner Tumoren

Adenotomien

Tonsillektomien

Sonstige Operationen

* Zutreffendes ankreuzen

des Antragstellers

der HNO-Einrichtung

d) Hals- und Kehlkopfchirurgie

Chirurgie der Missbildungen und Entzündungen

Submandibularisextirpation

Gefäßscheidenrevision / Neck dissection

Chirurgie der malignen Kehlkopftumoren

makroskopische Larynxchirurgie

Sonstige Operationen

2. Statistik der konservativen Behandlung

Anzahl aller behandelten Patienten

ambulant

stationär

3. Untersuchungen

Sprachtests

Ventilationsprüfungen

Prüfung Riech- und Schmeckstörungen

Unspezifische und allergenvermittelte Provokations- und Karenztests

kutane Testungen

epikutane Testungen

intrakutane Testungen

audiologische Untersuchungen

der HNO-Einrichtung

* Zutreffendes ankreuzen

neuro-otologische Untersuchungen

mikroskopische und endoskopische Untersuchungen

Rhinoskopie

Sinuskopie

Nasopharyngoskopie

Laryngoskopie

Tracheoskopie

Oesophagoskopie

Niederlassung

Krankheits- bzw. Diagnosestatistik (keine Vorgaben)

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich)

Ort/ Datum

Unterschrift/ Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Anlage 3

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Dieses Programm ist dem Weiterzubildenden auszuhändigen.

Weiterbildungsleiter:

Name _____

Einrichtung/en _____

Weiterbildungsprogramm (Ablauf/Rotationsplanung):

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel