



---

**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum  
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten**

- 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

Haut- und Geschlechtskrankheiten

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)

\_\_\_\_\_ 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 das jeweilige Anwendungsgebiet verantwortlich zeichnet.**

Sonographie der Haut und hautnahen Lymphknoten

\_\_\_\_\_

Doppler- / Duplex-Sonographie peripherer Gefäße

\_\_\_\_\_

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

**D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung**

**Klinik/Abteilung**

Gesamtbettenzahl \_\_\_\_\_

davon Kinder \_\_\_\_\_

Spezialabteilungen: \_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bettenzahl \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Haut- und Geschlechtskrankheiten

## 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 Behandlungsmethoden (siehe Teil 2)

**H. Geräteliste** (z. B. UV-Wärmestrahlung, Fotochemotherapie, selektive Fototherapie, UVB- u. UVA-Strahler; als **Anlage 3** beifügen)

## I. Sonstige Einrichtungen

**Dermatohistologie** an der Einrichtung  ja  nein \*

**Labor**  ja  nein \*

Leiter \_\_\_\_\_

Welches Labor wird beauftragt, falls kein eigenes vorhanden ist?

\_\_\_\_\_

### Werden in der Klinik/Abteilung/Praxis durchgeführt?

Immunfluoreszenz-Labor  ja  nein \*

Dermatohistologie  ja  nein \*

Allergielabor  ja  nein \*

Bakteriologie  ja  nein \*

\* Zutreffendes ankreuzen

Haut- und Geschlechtskrankheiten

- Serologie  ja  nein \*
- Mykologie  ja  nein \*
- Andrologie  ja  nein \*
- Sexuell übertragbare Krankheiten / HIV  ja  nein \*
- Allergologische Abteilung  ja  nein \*
- Medizinisch-kosmetische Abteilung  ja  nein \*
- Operationsabteilung  ja  nein \*
- Molekularbiologische Untersuchungstechniken  ja  nein \*

**Sonographie**  ja  nein \*

Wo \_\_\_\_\_

**Physikalische Therapie**  ja  nein \*

Welche Methoden werden angewandt (z. B. Unterwassermassagen)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

UV-Therapie  ja  nein \*

Bewegungstherapie  ja  nein \*

Sonstige

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**K. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten** (jährlich) (siehe Teil 2)

**L. Weiterbildung**

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

Art / Bezeichnung der Veranstaltung	Wochenstunden
-------------------------------------	---------------

_____	_____
_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

---

---

---

---

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

---

---

---

**M. Weiterbildungsprogramm** (siehe Anlage 4)

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

**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 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Haut- und Geschlechtskrankheiten

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die persönliche Weiterbildungs-ermächtigung 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
- Geräteliste
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- 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

Patientendurchgang pro Jahr \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Verweildauer \_\_\_\_\_

Belegung im Berichtsjahr \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

### G. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

#### Operative Eingriffe

Eingriffszahlen

Exzisionen von benignen und malignen Tumoren \_\_\_\_\_

lokale und regionale Lappenplastiken \_\_\_\_\_

freie Hauttransplantationen durch autologe und andere Transplantate \_\_\_\_\_

phlebologische operative Eingriffe (Gesamtzahl) \_\_\_\_\_

    epifasziale Venenexhairese \_\_\_\_\_

    Ulcusdeckung \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Eingriffszahlen

Unterbindung insuffizienter Venae perforantes	_____
Crossektomie	_____
superfizielle Thrombektomie	_____
ästhetisch operative Dermatologie (Gesamtzahl)	_____
Narbenkorrekturen	_____
Konturverbesserungen	_____
Dermabrasionen	_____
physiko-chemische Dermablationen	_____
proktologische Eingriffe (Gesamtzahl)	_____
Haemorrhoidalsklerosierung	_____
Mariskenexzision	_____
Fissurektomie	_____
Entfernung analer Condylomata acuminata	_____
Kryotherapeutische Eingriffe	_____
Lasertherapeutische Eingriffe	_____

**Dermatohistologische Untersuchungen**

Anzahl jährlich

Dermatohistologische Untersuchungen	_____
Im eigenen dermatohistologischen Labor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Im Fremdlabor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Durch Einsendungslabor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *

**Sonographie**

Sonographie der Haut und hautnahen Lymphknoten	_____
Doppler-/Duplexsonographie peripherer Gefäße	_____

**Phlebologische Funktionsuntersuchungen**

Verschlussplethysmographie	_____
----------------------------	-------

\* Zutreffendes ankreuzen



Anzahl

Lichtreflexrheographie

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Unspezifische und allergenvermittelte Provokations- und Karenztests**

kutane Testungen

epikutane Testungen

intrakutane Testungen

Andere Hauttestungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Weitere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

Expositionsprüfungen (getrennt nach nasal etc.)

Hyposensibilisierung

Sklerosierungstherapie oberflächlich gelegener Venen

Photochemotherapie, Balneophototherapie und photodynamische Therapie

Dermatoskopie

Sonstige

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Labor**

Jährliche Laborleistungen

Orientierende Untersuchungen  
von Körpermaterialien

ja  nein \*

Trichogramme

ja  nein \*

Mykologische Kultur/Mikroskopie

ja  nein \*

Mikrobiologie

ja  nein \*

Serologie

ja  nein \*

Immunologie

ja  nein \*

\* Zutreffendes ankreuzen

Haut- und Geschlechtskrankheiten

**Krankheitsstatistik**

Fallzahl

Sexuell übertragbare Krankheiten (im engeren Sinne)

\_\_\_\_\_

HIV-Diagnostik-Betreuung / Aufklärung

\_\_\_\_\_

Präkanzerosen und Kanzerosen

\_\_\_\_\_

Tumorvorsorge

\_\_\_\_\_

Berufsdermatosen

\_\_\_\_\_

Berufstauglichkeit

\_\_\_\_\_

Phlebologische Erkrankungen

\_\_\_\_\_

Proktologische Erkrankungen

\_\_\_\_\_

Andrologische Erkrankungen

\_\_\_\_\_

Sonstige

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**K. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten**

\_\_\_\_\_

Anzahl

Erstellung von Kuranträgen

\_\_\_\_\_

LVA-Gutachten

\_\_\_\_\_

BG-Gutachten

\_\_\_\_\_

Sonstige Gutachten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen

Haut- und Geschlechtskrankheiten

## Anlage 4

### Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- **Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten**
- **Dieses Programm ist dem Weiterzubildenden auszuhändigen.**

### Weiterbildungsleiter:

Name \_\_\_\_\_

Einrichtung \_\_\_\_\_

Abt. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

### Weiterbildungsprogramm (Ablauf/Rotationsplanung):

Inhaltliche Gliederung

ggf. Angaben zum Zeitraum, in dem die jeweiligen Inhalte vermittelt werden

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen

Haut- und Geschlechtskrankheiten