

**Landesärztekammer Thüringen**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40  
07707 JenaTelefon: 03641 614-123  
Fax: 03641 614-129  
Internet: www.laek-thueringen.de  
Email: weiterbildung@laek-thueringen.de

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

- 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)

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen  
 (wird von LÄK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

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

## D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung

**Zahl, Größe und Art der Räume** (einschließlich qm-Angaben, möglichst mit Grundriss in A4-Größe, als Anlage 2 beifügen)

## E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

### 1. Zahl der akademischen Mitarbeiter \_\_\_\_\_

Oberärzte \_\_\_\_\_ davon mit Gebietsanerkennung \_\_\_\_\_

Stationsärzte \_\_\_\_\_ davon mit Gebietsanerkennung \_\_\_\_\_

Praxisärzte \_\_\_\_\_ davon mit Gebietsanerkennung \_\_\_\_\_

Weiterbildungsassistenten \_\_\_\_\_ davon mit Gebietsanerkennung \_\_\_\_\_

Sonstige akademische Mitarbeiter \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals \_\_\_\_\_

MTA \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Sonstiges Personal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F. Krankheits- und Leistungsstatistik**

- Statistik der zur Beobachtung kommenden Krankheitsbilder der letzten 12 Monate (als **Anlage 3** beifügen)
- Der Vordruck für die Leistungsstatistik der letzten 12 Monate des Institutes/Krankenhauses/der Niederlassung befindet sich in **Teil 2** dieses Antrages.

**G. Apparative und technische Ausstattung** (Aufschlüsselung; als **Anlage 4** beifügen)

**H. Sonstige Einrichtungen** (ggf. als Anlage beifügen)

Angaben zu Art und Umfang der Zusammenarbeit mit z. B.: Röntgen, Labor u. ä.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**I. Erstellung von Fachgutachten (jährlich)** \_\_\_\_\_

**K. Weiterbildung**

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte hausinterne Fortbildungsveranstaltungen 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 Einrichtungen nicht vermittelt werden?

---



---



---

#### L. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 5)

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 Humangenetik  
 davon \_\_\_\_\_ Monate in der humangenetischen Patientenversorgung  
 davon \_\_\_\_\_ Monate in einem zytogenetischen Labor  
 davon \_\_\_\_\_ Monate in einem molekulargenetischen Labor

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit \_\_\_\_\_ Monate Humangenetik

Besteht eine andere Weiterbildungsermächtigung (bitte Dauer u. Gebiet/ Teilgebiet/Zusatz-Weiterbildung angeben) \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beruflicher Werdegang                 | <input type="checkbox"/> Zahl, Größe und Art der Räume      |
| <input type="checkbox"/> Apparative und technische Ausstattung | <input type="checkbox"/> Krankheits- und Leistungsstatistik |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsprogramm                |   |

**Anlage 5:** Weiterbildungsprogramm

**Teil 2****Leistungsstatistik** (der letzten 12 Monate)

Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

	Anzahl
Genetische Beratungen einschl. Erhebung der Familienanamnese in 3 Generationen und Erstellung einer epikritischen Beurteilung bei 50 verschiedenen Krankheitsbildern	_____
Befunderhebung und Risikoabschätzung bei	
monogenen und komplexen Erbgängen	_____
numerischen und strukturellen Chromosomenaberrationen	_____
molekulargenetischen Befunden	_____
Chromosomenanalysen	
pränatal	_____
davon einschl. aller Kultivierungs- und Präparationsschritte	_____
postnatal	_____
davon einschl. aller Kultivierungs- und Präparationsschritte	_____
Molekulare Zytogenetik einschl. chromosomaler in-situ Hybridisierung	_____
davon an Interphasekernen einschl. aller Kultivierungs- u. Präparationsschritte	_____
davon an Metaphasechromosomen einschl. aller Kultivierungs- u. Präparationsschritte	_____
Prä- und postnatale molekulargenetische Analysen	
pränatal einschl. aller erforderlichen Laborschritte	_____
postnatal	_____
davon einschl. aller erforderlichen Laborschritte	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

**Sonstige Untersuchungen und Leistungen**

Anzahl

Alpha-Fotoproteinbestimmungen

\_\_\_\_\_

Azetylcholinesterasebestimmungen

\_\_\_\_\_

PI-Phanotypisierungen

\_\_\_\_\_

spezielle Enzym-Bestimmungen

\_\_\_\_\_

DNA-Analysen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

