
**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum
Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie**

- 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 ja nein *

Wenn ja, mit wem: _____

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Facharztanerkennung
(wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____

_____ seit _____

Teilgebietsanerkennung
(wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____

_____ 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.

Untersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane

Untersuchungen der Schilddrüse

Doppler-/Duplex-Sonographie der extremitätenversorgenden Gefäße

Doppler-/Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl der Kliniken _____

* Zutreffendes ankreuzen

	Hämatologie	Onkologie	Spezialambulanz
Bettenzahl	_____	_____	_____
Leiter	_____		

<u>Existieren Kliniken/Abteilungen für:</u>		Bettenzahl	Leiter
Angiologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Kardiologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Nephrologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Pneumologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
Rheumatologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	_____	_____
<u>Intensivabteilung</u>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *	Betten	_____
Leiter	_____		

Zahl der Herz-Lungen-Wiederbelebungen (der letzten 12 Monate) _____

davon mit endotrachealer Intubation und elektrischer Defibrillation _____

Ambulanter Bereich

Spezialsprechstunde ja nein *

Welche _____

Ambulante Tätigkeit ja nein *

In welcher Form: _____

Patientendurchgang pro Quartal _____

Niederlassung

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

* Zutreffendes ankreuzen

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 medizinisches Personal _____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

G. Krankheits- und Leistungsstatistik (siehe Teil 2)

H. Sonstige Einrichtungen

Röntgen

Eigene Röntgenabteilung ja nein *

Zentrale Röntgenabteilung ja nein *

Leiter _____

Führen angehende Internisten und Hämatologen und Onkologen die Röntgenuntersuchungen ihrer Patienten laufend durch? ja nein *

Werden gemeinsame Röntgenvisiten mit Internisten und Radiologen durchgeführt? ja nein *

CT verfügbar ja nein *

MRT verfügbar ja nein *

Pathologie an der Einrichtung ja nein *

Eigenes Labor ja nein *

Leiter _____

Wenn nicht, wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt?

Sonographie ja nein *

Wo _____

* Zutreffendes ankreuzen

Dokumentation und statistische Auswertung (bitte entsprechende Bögen beifügen)

Besteht ein Anschluss an ein Klinisches Krebsregister
in einem Tumorzentrum oder onkologischen Schwerpunkt?

ja nein *

Wo _____

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 vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte können in der medizinischen 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

O. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Hämatologie und Onkologie

Einschließlich Weiterbildungsermächtigung für 6 Monate ambulanter Bereich ja nein *

Einschließlich Weiterbildungsermächtigung für 6 Monate in einem hämatologisch-onkologischen Labor ja nein *

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Hämatologie und Onkologie

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
- Praxis-skizze
- Krankheits- und Leistungsstatistik
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Anlage 3

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- ***Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie***
- ***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

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____

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

F. Statistische Angaben**Klinik/Abteilung****internistische Patientenversorgung:**

Krankendurchgang pro Jahr _____

Verpflegungstage pro Jahr _____

Durchschnittliche Verweildauer _____

Belegung im Berichtsjahr _____

Klinische Konsiliartätigkeit ja nein *

Wo _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

Hämatologie und Onkologie:

	Hämatologie	Onkologie	Spezialambulanz
Krankendurchgang pro Jahr (stationär)	_____	_____	_____
Krankendurchgang pro Jahr (ambulant)	_____	_____	_____
Verpflegungstage pro Jahr	_____	_____	_____
Durchschnittliche Verweildauer	_____	_____	_____
Belegung im Berichtsjahr	_____	_____	_____

Niederlassung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Zahl der Hausbesuche pro Quartal _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

* Zutreffendes ankreuzen

G. Leistungsstatistik Hämatologie und Onkologie

Untersuchungsverfahren	Anzahl
Knochenmarkpunktion und Biopsie mit Zytologie und Histologie	_____
Zytochemische Untersuchungen an Blut- und Knochenmarkzellen	_____
Immunphänotypisierung in Blut und Knochenmark	_____
Lymphknoten und Milz (Zytologie und Histologie)	_____
Stammzellassays	_____
Festlegung der klinischen Stadien bei hämatologischen Systemerkrankungen und bösartigen Tumoren	_____
Tumorzytogenetische Untersuchungen und molekularbiologische Untersuchungen	_____
Zytologische Untersuchungen von Körperhöhlenpunktaten	_____
Hämostaseologische Untersuchungen	_____
Immunologische Untersuchungen	_____
Sonographien	_____
Nuklearmedizinische Untersuchungsverfahren	
Zellkinetik	_____
Eisen-Stoffwechsel	_____
Erythro- und Thrombozytenkinetik	_____
Resorptionstests	_____
PET	_____
sonstige _____	_____
_____	_____
Therapiefälle (wenn möglich, exakte Zahlenangaben)	
Chemotherapiezyklen	_____
Behandlungen mit	
Zytostatika	_____
Immunsuppressiva	_____
Hormonpräparaten	_____
monoklonalen Antikörpern	_____
Strahlentherapie	_____

* Zutreffendes ankreuzen

	Anzahl
Isotopentherapie	_____
Interdisziplinäre Tumorkonsilien	_____
Supportive Behandlungsmaßnahmen	_____
Blutzellersatz	_____
Erythrozyten	_____
Periphere Stammzellseparation	_____
Stammzelltransplantationen	_____
Thrombozyten	_____
Plasma- und Leukapherese	_____
Prophylaxe und Therapie von Infektionen	_____
Schmerztherapie	_____
Ernährung	_____
Gerinnungsstörungen	_____
Fibrinolytische- und Antikoagulantien-Therapie	_____

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich)

Innere Medizin _____ Hämatologie/Onkologie _____

Ort/ Datum

Unterschrift/Stempel