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

- 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 _____ seit _____
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

Teilgebietsanerkennung _____ seit _____
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

Anerkennung weiterer 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 Retroperitoneum einschließlich Urogenitalorgane

Untersuchungen der Schilddrüse

Doppler-/Duplex-Sonographie der extremitätenversorgenden Gefäße

Doppler-/Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Doppler-/Duplex-Sonographien des Herzens und der herznahen Venen

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl der Kliniken _____

Kardiologische Abteilung

Betten _____

Leiter _____

Existieren Kliniken/Abteilungen für:

Bettenzahl

Leiter

Angiologie

ja nein *

Endokrinologie und Diabetologie

ja nein *

Gastroenterologie

ja nein *

Hämatologie und Onkologie

ja nein *

Nephrologie

ja nein *

Pneumologie

ja nein *

Rheumatologie

ja nein *

Intensivabteilung

ja nein *

Betten

Leiter _____

IMC-Station

ja nein *

Betten

Leiter _____

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

davon mit endotrachealer Intubation und elektrischer Defibrillation _____

Mit welcher zertifizierten Einrichtung (EMAH) kooperieren Sie?

Ambulanter Bereich

Spezialsprechstunde

ja nein *

Welche

* Zutreffendes ankreuzen

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

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. Leistungsstatistik (siehe Teil 2)

H. Sonstige Einrichtungen

Röntgen

Eigene Röntgenabteilung ja nein *

Zentrale Röntgenabteilung ja nein *

Leiter _____

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

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

* Zutreffendes ankreuzen

CT verfügbar ja nein *MRT verfügbar ja nein *Kardio-CT verfügbar ja nein *Kardio-MRT verfügbar ja nein ***Pathologie** an der Einrichtung ja nein ***Eigenes Labor** ja nein *

Leiter _____

Wenn nicht, wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt?
_____**I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten** (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 *

N. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Innere Medizin und Kardiologie

Einschließlich Weiterbildungsermächtigung für 6 Monate ambulanter Bereich

ja nein *

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Innere Medizin und Kardiologie

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
- Praxisstizze
- statistische Angaben
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (über einen Zeitraum von 12 Monaten)

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

F. Statistische Angaben**Klinik/Abteilung**

Krankendurchgang pro Jahr (nur Kardiologie) _____

Verpflegungstage 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. Leistungsstatistik

Anzahl

EKG _____

Ergometrie _____

Spiroergometrie _____

Kipptisch-Untersuchungen _____

Echokardiogramme _____

transthorakale _____

transoesophageale _____

Stress-Echokardiographie _____

Echokontrastuntersuchungen _____

* Zutreffendes ankreuzen

Spezielle kardiologische Bildgebung

Anzahl

Kardio-CT-Untersuchungen

Kardio-MRT-Untersuchungen

Herzkatheteruntersuchung

Rechtsherzkatheteruntersuchungen mit und ohne Belastung

Linksherzkatheteruntersuchungen

PCI

Andere Interventionen

Verschluss-Systeme im Bereich des Herzens
(z. B. ASD, VSD, PFO, LAA)

Klappeninterventionen

weitere

Langzeituntersuchungsverfahren

Langzeit-EKG

Langzeit-RR

weitere

Überprüfung von:

- Schrittmacher-Systemen

- ICD-Systemen

- CRT-Systemen

Implantationen von:

(keine Mehrfachnennungen)

- Passageren Schrittmachersonden

- Schrittmacher-Systemen

- ICD-Systemen

- CRT-Systemen

* Zutreffendes ankreuzen

Elektrophysiologische Untersuchungen / Interventionen

Anzahl

- nur diagnostische Untersuchungen

- Interventionen im rechten Vorhof / Ventrikel

- Interventionen im linken Vorhof / Ventrikel

- weitere

sonstige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel