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

- 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 Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane

Untersuchungen der Schilddrüse

Doppler-/Duplex-Sonographie der extremitätenversorgenden Gefäße

Doppler-/Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Sonographien des Bewegungsapparates einschließlich Arthrosonographien

C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen)

* Zutreffendes ankreuzen

D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl _____

Rheumatologische 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 * _____

Kardiologie ja nein * _____

Nephrologie ja nein * _____

Pneumologie ja nein * _____

Intensivabteilung ja nein * Betten _____

Leiter _____

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

davon mit endotrachealer Intubation und elektrischer Defibrillation _____

zugeordnete Rheumachirurgie ja nein *

Ort und Kapazität der zugeordneten Rheumachirurgie

Bemerkungen _____

Ambulanter Bereich

Spezialsprechstunde ja nein *

Welche _____

* Zutreffendes ankreuzen

Ambulante Tätigkeit

 ja nein *

In welcher Form:

Patientendurchgang pro Quartal _____

NiederlassungBeschreibung 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. Krankheits- und Leistungsstatistik (siehe Teil 2)****H. Sonstige Einrichtungen****Diagnostische Möglichkeiten am Ort** (als **Anlage 3** beifügen)

CT, Nuklearmedizin, Routinelabor, biochemisches Labor, spezielles bakteriologisch-serologisches Labor, EMG, Arthroskopie u. a.

Therapeutische Möglichkeiten am Ort (als **Anlage 4** beifügen)

Genauere Darstellung der eigenen Einrichtungen und der institutionalisierten Zusammenarbeit.

RöntgenZentrale Röntgenabteilung ja nein *Eigene Röntgenabteilung ja nein *

Leiter _____

* Zutreffendes ankreuzen

Führen angehende Internisten und Rheumatologen 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

Falls kein eigenes Labor vorhanden ist, wo werden die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt?

Möglichkeiten und Arten der interdisziplinären Zusammenarbeit (Orthopädie, Physiotherapie, Radiologie, Pathologie, Dermatologie)

Angeschlossene Lehranstalt

ja nein *

Welche

Sonstige Angaben (ggf. als Anlage anfügen)

Wie ist die Rückkopplung zwischen klinischer und technischer Diagnostik gewährleistet

Zusammenarbeit mit orthopädisch- bzw. pädiatrisch-rheumatologischen Kliniken (Erläuterungen mit Detailangaben)

ja nein *

Wissenschaftliche Tätigkeiten

Mitgliedschaft(en) in rheumatologischen Vereinigung(en)

ja nein *

welche

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (siehe Teil 2)

* Zutreffendes ankreuzen

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 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 Innere Medizin und Rheumatologie

Einschließlich Weiterbildungsermächtigung für 6 Monate ambulanter Bereich ja nein *

Einschließlich Weiterbildungsermächtigung für 6 Monate in einem rheumatologisch-immunologischen Labor ja nein *

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Innere Medizin und Rheumatologie

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. 4.

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
- Diagnostische Möglichkeiten am Ort
- Therapeutische Möglichkeiten am Ort
- statistische Angaben
- Weiterbildungsprogramm

Anlage 5

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 5 WBO):

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

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 (siehe Teil 2)**Klinik/Abteilung**

Krankendurchgang pro Jahr (nur Rheumatologie) _____

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**Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

Anzahl

Zahl der Indikationen für operative Behandlungen _____

davon postoperativ langfristig weiter betreut _____

Sonographien des Bewegungsapparates einschließlich Arthrosonographien _____

Intraartikuläre Punktionen und Injektionsbehandlungen _____

Kapillarmikroskopie _____

Osteodensitometrie _____

Rheumatologisch-immunologische Labordiagnostik

* Zutreffendes ankreuzen

	Methode	Anzahl
Rheumafaktor (IgM)-Nachweis	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Quantitative Bestimmung des C-reaktiven Proteins	_____	_____
Antikörper gegen mikrobielle Antigene		
Art _____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Histokompatibilitäts-Antigene	_____	_____
HLA-B 27	_____	_____
B-Locus-Allele	_____	_____
Antinukleare und antizytoplasmatische Antikörper		
Art _____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Andere immunbiologische Parameter	Methode	Anzahl
Art _____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Komplette Synovia-Analyse	_____	_____
Andere Untersuchungen		
Art _____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Art und Zahl der bioptischen Untersuchungen zur speziellen rheumatologischen Diagnostik (als Anlage beifügen, z. B. Haut, Muskel, Synovialis, Arteria temporalis)

Therapieüberwachung

	Anzahl		Anzahl
Chloroquin	_____	Gold (oral / parenteral)	_____
Immunsuppressiva	_____		
andere			
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

I. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich) _____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel