

**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 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

- 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

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

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 \_\_\_\_\_

Liegen abgeschlossene Ausbildungen in anderen Psychotherapieverfahren (z. B. Familientherapie und Gesprächstherapie) vor? Bitte ausführliche Angaben dazu:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liegt die Anerkennung als Supervisor vor?  ja  nein \* seit \_\_\_\_\_

Wenn nicht, wie ist die Vermittlung der entsprechenden Weiterbildungsinhalte organisiert?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## C. Beruflicher Werdegang (stichwortartig als Anlage 1 beifügen einschließlich der Nachweise zur Erlangung der psychotherapeutischen Inhalte, PT-Verfahren)

## D. Beschreibung der Klinik/Abteilung/Niederlassung

### Klinik/Abteilung

Gesamtzahl der psychiatrischen/psychotherapeutischen Betten \_\_\_\_\_

Gesamtzahl der teilstationären Behandlungsplätze \_\_\_\_\_

Psychiatrische Institutsambulanz  ja  nein \*

\* Zutreffendes ankreuzen

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Beschreibung des Pflichtversorgungsgebietes:

---



---



---



---



---

### 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. Anzahl der Ärzte

Oberärzte	_____	Stationsärzte	_____
Praxisärzte	_____	Weiterbildungsassistenten	_____
<i>davon:</i>		vollbeschäftigt	teilzeitbeschäftigt
FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	_____	_____	_____
FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie	_____	_____	_____
FÄ für Nervenheilkunde	_____	_____	_____
FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie	_____	_____	_____
FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	_____	_____	_____
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin	_____	_____	_____

### 2. Anzahl der nichtärztlichen Mitarbeiter

Dipl.-Psychologen	_____	_____
Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	_____	_____
Psychologische Psychotherapeuten	_____	_____
Nichtärztliche Psychotherapeuten	_____	_____

### 2. Andere Therapeuten

Musik- und Kunsttherapeuten	_____	_____
Ergotherapeuten	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

	vollbeschäftigt	teilzeitbeschäftigt
Logopäden	_____	_____
Physio- und Mototherapeuten	_____	_____
Heilpädagogen	_____	_____
Sozialpädagogen	_____	_____
Sozialarbeiter	_____	_____
<b>3. Pflege- und Erziehungsdienst</b>		
Krankenschwestern	_____	_____
Kinderkrankenschwestern	_____	_____
Arzthelferinnen/MFA	_____	_____
Krankenpflegehelfer	_____	_____
Erzieher	_____	_____
<b>4. Lehrer</b>		
	_____	_____

## F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

## G. Diagnosestatistik/Leistungsstatistik (siehe Teil 2)

## H. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (siehe Teil 2)

## I. Weiterbildung

Die Weiterbildung findet in folgenden Abschnitten statt:

1. Weiterbildungscurriculum im Verbund der Kliniken  ja  nein \*
2. Weiterbildung am Institut  ja  nein \*
3. Eigene Weiterbildung  ja  nein \*

\* Zutreffendes ankreuzen

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte hausinterne Fortbildungsveranstaltungen abgehalten?  
(ggf. als Anlage beifügen)

ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### K. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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

### L. Bibliothek

Steht den Weiterbildungsassistenten der Zugang zu einer Online-Bibliothek zur Verfügung?  ja  nein \*

Zentralbibliothek

ja  nein \*

Klinikbibliothek

ja  nein \*

**Zeitschriften** (Auflistung als **Anlage 5** beifügen)

### 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

**N. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

\_\_\_\_\_  
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
- Praxisskizze
- Diagnosestatistik
- Leistungsstatistik
- Weiterbildungsprogramm
- Zeitschriften

\* Zutreffendes ankreuzen

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

**Teil 2**

**Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_** (der letzten 12 Monate)

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

**F. Statistische Angaben****Klinik/Abteilung**

Behandlungsfälle pro Jahr \_\_\_\_\_

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. Diagnosestatistik** (nach ICD-10; als **Anlage 3** beifügen)**Leistungsstatistik**

	stationär	ambulant
<b>1. Psychologische Untersuchungen</b>	_____	_____
davon Entwicklungstests	_____	_____
Intelligenztests	_____	_____
Neuropsychologische Tests	_____	_____
Persönlichkeitstests	_____	_____
Projektive Verfahren	_____	_____

\* Zutreffendes ankreuzen

**2. Psychotherapien**

davon Verhaltenstherapie

Analytische und tiefenpsychologische Therapie

Familientherapie

Spieltherapie

Entspannungstherapie

Gruppentherapie

**3. Beratungen**

**4. Weitere Untersuchungs- und Behandlungsverfahren**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**H. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten** (jährlich)

davon forensische Gutachten jährlich

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen



