

**Landesärztekammer Thüringen**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40  
07707 Jena

Telefon: 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 Physikalische und Rehabilitative Medizin**

- 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

### Klinik/Abteilung

Akutkrankenhaus:  3  4-6  > 6 Fachabteilungen  Frührehabilitation

Rehabilitationsklinik:  1-2  3-4 Fachabteilungen  Neurologie Phase B

AHB, Anteil davon an dem gesamten Reha-Verfahren (in %) \_\_\_\_\_

Anzahl der Intermediate-care-Einheiten \_\_\_\_\_

Welche Bereiche werden durch den vorgenannten Antragsteller gebietsübergreifend organisatorisch und fachlich verantwortlich geleitet?

Physiotherapie  Ergotherapie  Sporttherapie

weitere \_\_\_\_\_

Ambulante Einrichtung:  Reha-Einrichtung  Arztpraxis

Gesamtbettenzahl bei stationären Einrichtungen \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Welche Spezialabteilungen sind zu versorgen?

Bettenzahl

---



---



---



---



---



---

Ambulante Versorgung

ja  nein \*

### 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 fachspezifischen Einrichtung

### 1. Zahl der Ärzte

Oberärzte \_\_\_\_\_

Stationsärzte \_\_\_\_\_

Weiterbildungsassistenten \_\_\_\_\_

Praxisärzte \_\_\_\_\_

### 2. Zahl des Assistenzpersonals

Krankenschwestern/-pfleger \_\_\_\_\_

sonstiges medizinisches Personal \_\_\_\_\_

Physiotherapeuten / Krankengymnasten \_\_\_\_\_

Masseure / medizinische Bademeister \_\_\_\_\_

Ergotherapeuten \_\_\_\_\_

Logopäden \_\_\_\_\_

Sporttherapeuten (Sportwissenschaftler) \_\_\_\_\_

Praktikanten \_\_\_\_\_

Sonstige Mitarbeiter (z. B. Psychologen, Sozialarbeiter) \_\_\_\_\_

## F. Statistische Angaben (der letzten 12 Monate)

- a) für die eigenverantwortlich geleitete bettenführende Abteilung / mobiles Rehabilitationsteam / Konsildienst
- b) für den Bereich zentrale Serviceabteilung
- c) Ambulanz/Praxis
- d) Ambulante Rehabilitationseinrichtung

\* Zutreffendes ankreuzen

	a)	b)	c)	d)
Krankendurchgang pro Jahr	_____	_____	_____	_____
Durchschnittliche Verweildauer	_____	_____	_____	_____
Belegung im Berichtsjahr	_____	_____	_____	_____
Zahl der ambulanten Patienten	_____	_____	_____	_____

**G. Krankheitsstatistik** (der letzten 12 Monate nach Indikationsgruppen (Top 30); als **Anlage 3** beifügen)

- a) für die eigenverantwortlich geleitete bettenführende Abteilung
- b) für den Bereich zentrale Serviceabteilung
- c) Ambulanz/Praxis
- d) Ambulante Rehabilitationseinrichtung

Bitte reichen Sie die Krankheitsstatistik für jede Weiterbildungsstätte separat ein.

**H. Physikalisch-medizinische und rehabilitative Einrichtungen** (als **Anlage 4** beifügen)

- Räume (Aufgliederung einschließlich qm-Angabe, möglichst mit Grundriss in A4-Größe)
- Geräte (Angabe von Gerätetyp und Herstellungsjahr)
- Sonstige Einrichtungen (Labor, Röntgen u. ä.)

**I. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

Der Vordruck für die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Klinik/Abteilung/Praxis befindet sich in **Teil 2** dieses Antrages.

Bitte reichen Sie Teil 2 für jede Weiterbildungsstätte separat ein.

**K. Sonstige Leistungen**

Naturheilverfahren wie Ordnungs-, Phyto-, Neural- oder Ernährungstherapie

ja  nein \*

Zusatzinformationen (ggf. als Anlage beifügen):

\* Zutreffendes ankreuzen

Angaben zur Vermittlung der klinisch-psychologischen Befunderhebung, die Beurteilung bzw. Befunderhebung von psychosomatischen Krankheitsbildern, Mitwirkung an sozialpädagogischen Analysen und Lösungskomplexen sowie die Musiktherapie

---

---

---

---

---

---

---

**L. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten** (jährlich) \_\_\_\_\_

Speziell in der versicherungsrechtlichen Rehabilitation?  ja  nein \*

**M. Weiterbildung**

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte Fortbildungsveranstaltungen (hausintern, extern) angeboten? (ggf. als Anlage beifügen)  ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung	Wochenstunden
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Welche vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte können in der medizinischen Einrichtung nicht vermittelt werden?

---

---

---

**N. Weiterbildungsprogramm** (siehe Anlage 5)

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

\* Zutreffendes ankreuzen

**O. 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 \*

**P. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Physikalische und Rehabilitative Medizin

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Physikalische und Rehabilitative Medizin

\_\_\_\_\_  
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
- Krankheitsstatistik

- Weiterbildungsprogramm
- Physikalisch-medizinische und rehabilitative Einrichtungen
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

\* Zutreffendes ankreuzen

**Teil 2****Untersuchungs- und Behandlungsmethoden****Spezielle Verfahren in der rehabilitativen Diagnostik**Leistungs-, Verhaltens- und Funktionsdiagnostiktests  ja  nein \*Rehabilitative Assessments  ja  nein \*Sensomotorische Tests  ja  nein \*Neuropsychologische Tests  ja  nein \*

Weitere

---



---



---

**Rehabilitative Interventionen**Elemente des Rehabilitationsprozesses (Reha-Abklärung, Reha-Steuerung, Reha-Plan etc.)  ja  nein \*Rehabilitationspflege  ja  nein \*Dysphagietherapie  ja  nein \*Neuropsychologisches Training  ja  nein \*Biofeedbackverfahren  ja  nein \*Musiktherapie  ja  nein \*Kunsttherapie  ja  nein \*Rehabilitative Sozialpädagogik  ja  nein \*Diätetik  ja  nein \*

Weitere

---



---



---

\* Zutreffendes ankreuzen

**Physikalische Therapieverfahren**

- Krankengymnastik  ja  nein \*
- Spezielle Bewegungstherapieverfahren  ja  nein \*
- Ergotherapie  ja  nein \*
- Manuelle Therapie  ja  nein \*
- Medizinische Trainingstherapie  ja  nein \*
- Elektrotherapie und -diagnostik  ja  nein \*
- Thermotherapie  ja  nein \*
- Massagetherapie  ja  nein \*
- Lymphtherapie  ja  nein \*
- Hydrotherapie  ja  nein \*
- Balneotherapie / Klimatherapie  ja  nein \*
- Inhalationstherapie  ja  nein \*
- Ultraschalltherapie  ja  nein \*
- Lichttherapie  ja  nein \*
- Weitere
- 
- 
- 

**Funktionsbezogene apparative Messverfahren**

- Muskelfunktionsanalyse  ja  nein \*
- Stand- und Ganganalyse  ja  nein \*
- Bewegungsanalyse  ja  nein \*
- Algometrie  ja  nein \*
- Thermometrie  ja  nein \*
- Elektromyographie / Elektroneurographie  ja  nein \*

\* Zutreffendes ankreuzen

Weitere

---

---

---

**Sonstige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

\* Zutreffendes ankreuzen

