

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

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
- Praxisstizze
- 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 InterventionenElemente 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

Anlage 5

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- **Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt Physikalische und Rehabilitative Medizin**
- **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