

Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie 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: _____

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung ja nein *

Wenn ja, mit wem: _____

* Zutreffendes ankreuzen

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Beschreibung des derzeitigen Tätigkeitsfeldes:

C. Beruflicher Werdegang und Ausbildungsabschlüsse (als Anlage 1 beifügen)

Facharztanerkennung _____ seit _____
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

Teilgebietsanerkennung _____ seit _____
(wird von LÄK ausgefüllt)

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

Liegen abgeschlossene Weiterbildungen (bitte Nachweis beifügen) in

Verhaltenstherapie ja nein *

Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie ja nein *

bzw. wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und Methoden vor?
(Bitte ausführliche Angaben hierzu:) ja nein *

Liegt die Anerkennung als Supervisor vor? ja nein * seit _____

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

D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Klinik/Abteilung

Gesamtzahl der psychiatrischen/psychotherapeutischen Betten _____

Gesamtzahl der psychiatrisch/psychotherapeutischen teilstationären Behandlungsplätze _____

* Zutreffendes ankreuzen

Ambulanz ja nein *

Pflichtversorgung

ja nein *

Behandlung von untergebrachten Patienten

ja nein *

Beschreibung der Struktur, des Behandlungsprofils, der Einrichtung und 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 fachspezifischen Einrichtung

1. Zahl der Ärzte (insgesamt)

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Sonstige Fachärzte

Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse

2. Zahl des nichtärztlichen Personals

Psychologen

Pflegepersonal

Sozialarbeiter/Sozialpädagogen

Ergotherapeuten

Bewegungstherapeuten

Sonstige Therapeuten

Arzthelferinnen/MFA

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

G. Krankheits- und Leistungsstatistik (siehe Teil 2)

* Zutreffendes ankreuzen

H. Diagnostische und Therapeutische Leistungen

1. Neurophysiologische Abteilung

Eigene Abteilung ja nein * Zentrale Abteilung ja nein *

Leiter _____

2. Pathologie

ja nein *

Leiter _____

Falls keine eigene Pathologie vorhanden ist – mit wem besteht ein Kooperationsvertrag?

3. Labor

Eigenes Labor ja nein * Zentrallabor ja nein *

Leiter _____

Werden Plasmaspiegelbestimmungen von Medikamenten regelmäßig durchgeführt? ja nein *

Falls kein eigenes Labor vorhanden ist – mit wem besteht ein Kooperationsvertrag?

4. Radiologische und nuklearmedizinische Diagnostik

Eigene Abteilung ja nein * Zentrale Abteilung ja nein *

Leiter _____

Falls keine radiologische Abteilung vorhanden ist – mit wem besteht ein Kooperationsvertrag?

5. Psychologische Diagnostik

ja nein *

Gesamtzahl der untersuchten Personen der letzten 12 Monate _____

Welche Testverfahren kommen zur Anwendung?

* Zutreffendes ankreuzen

6. Stationäre und nachstationäre Psychotherapie

Bitte geben Sie die Häufigkeit in der Abstufung wie oft wöchentlich, monatlich bzw. selten und nie an.

Entspannungsverfahren (autogenes Training, Muskelrelaxation nach Jakobson u. a.)

Stützende und übende Psychotherapie

Verhaltenstherapeutische Einzeltherapie

Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie

Analytische Einzeltherapie

Analytische Gruppentherapie

Psychodynamisch orientierte Fokal- oder Kurztherapie

Gesprächstherapie

Psychotherapeutische Verfahren bei endogenen Psychosen

Psychotherapie bei Depressionen (IPT / Kogn. Therapie)

Sonstige Gruppenpsychotherapie

Sonstige Einzelpsychotherapie

Angehörigengruppe der Patienten mit depressiven Störungen

Angehörigengruppe der Psychosekranken

Sonstige Angehörigengruppen

* Zutreffendes ankreuzen

7. Ambulante Psychotherapie in der Psychiatrischen Institutsambulanz/Tagesklinik

Bitte geben Sie die Häufigkeit in der Abstufung wie oft wöchentlich, monatlich bzw. selten und nie an.

Entspannungsverfahren (autogenes Training, Muskelrelaxation nach Jakobson u. a.)

Stützende und übende Psychotherapie

Verhaltenstherapeutische Einzeltherapie

Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie

Analytische Einzeltherapie

Analytische Gruppentherapie

Psychodynamisch orientierte Fokal- oder Kurztherapie

Gesprächstherapie

Psychotherapeutische Verfahren bei endogenen Psychosen

Psychotherapie bei Depressionen (IPT/Kogn. Therapie)

Sonstige Gruppenpsychotherapie

Sonstige Einzelpsychotherapie

Angehörigengruppe der Patienten mit depressiven Störungen

Angehörigengruppe der Psychosekranken

* Zutreffendes ankreuzen

8. Psychotherapie in der Vertragspraxis

Welches Verfahren wird/wurde beantragt?

9. Physikalische Therapie

Welche Methoden werden angewandt (z. B. Unterwassermassagen, Rückenschule, Ultraschall etc.)?

10. Ergotherapie

Welche Therapieverfahren werden durchschnittlich wöchentlich angewendet? Bitte geben Sie die Häufigkeit in der Abstufung regelmäßig, gelegentlich, selten und nie an.

Verfahren	Häufigkeit
<hr/>	<hr/>

11. Kunst- und Musiktherapie

Welche Therapieverfahren werden durchschnittlich wöchentlich angewendet? Bitte geben Sie die Häufigkeit in der Abstufung regelmäßig, gelegentlich, selten und nie an.

Verfahren	Häufigkeit
<hr/>	<hr/>

I. Zahl der ausführlich begründeten psychiatrischen Gutachten (siehe Teil 2)

* Zutreffendes ankreuzen

K. Weiterbildung

Welche Inhalte gemäß den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung können an der Einrichtung nicht vermittelt werden?

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

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

<hr/>	<hr/>

Teilnahme am Facharzt-Curriculum

ja nein *

Wer vermittelt die

Verhaltenstherapie

Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

bzw. wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und Methoden

L. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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 *

* Zutreffendes ankreuzen

N. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Psychiatrie und Psychotherapie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Psychiatrie 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
- Krankheitsstatistik
- Leistungsstatistik
- Weiterbildungsprogramm

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____

- keine Zirka-Angaben verwenden
- Bitte reichen Sie die statistischen Angaben für jede Weiterbildungsstätte separat ein.

F. Statistische Angaben (der letzten 12 Monate)

1. Stationärer Bereich:

Fallzahl pro Jahr _____

Durchschnittliche Verweildauer _____

2. Teilstationärer Bereich:

Fallzahl pro Jahr _____

Durchschnittliche Verweildauer _____

3. Ambulanter Bereich:

Fallzahl pro Quartal _____

4. Klinische Konsiliartätigkeit:

Anzahl der Konsile pro Jahr insgesamt _____

5. Für Vertragsärzte:

Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

G. Krankheits- und Leistungsstatistik (der letzten 12 Monate)

Als Krankheitsstatistik ist die Diagnoseverteilung der Fälle der letzten 12 Monate als **Anlage 3** beizufügen.

Leistungsstatistik

Neurophysiologische Untersuchungen

Anzahl

EEG _____

Weitere neurophysiologische Untersuchungen _____

* Zutreffendes ankreuzen

Pathologische Untersuchungen

Sektionen (durchgeführt oder veranlasst) _____

neuropathologische Untersuchungen des Zentralnervensystems _____

Radiologische Untersuchungen

cerebraler CT _____

cerebraler MRT _____

Weitere Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren

H. Zahl der ausführlich begründeten psychiatrischen Gutachten

Gesamtzahl der Gutachten der letzten 12 Monate _____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

