

**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 Psychosomatische Medizin 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: \_\_\_\_\_

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 der Zusatzbezeichnung Psychotherapie  ja  nein \* seit \_\_\_\_\_

Anerkennung der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse  ja  nein \* seit \_\_\_\_\_

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen  
(wird von LÄK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**C. Beruflicher/Wissenschaftlicher Werdegang** (einschließlich Veröffentlichungen - stichwortartig als **Anlage 1** beifügen)

**D. In welchen psychotherapeutischen Methoden wollen Sie eine Weiterbildung vermitteln?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Weiterbildungsinhalte gemäß Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung sind an der medizinischen Einrichtung nicht vermittelbar?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen



Welche Fortbildungsveranstaltungen bieten Sie an?

---



---



---



---



---

### **G. Angaben zu den o. a. Methoden** (nach Abschluss Ihrer eigenen Weiterbildung)

Welche Methoden führten Sie bisher durch?

---



---



---



---



---

Wie und in welchem Umfang gestaltet sich Ihre eigene Lehrtätigkeit?

---



---



---



---



---

### **H. Angaben zur Weiterbildungsstätte**

Zahl der Mitarbeiter \_\_\_\_\_

Namentliche Aufstellung der ständig tätigen Dozenten, Ärzte, Psychologen bzw. sonstigen Mitarbeiter

Name	Qualifikation
<hr/>	<hr/>

\* Zutreffendes ankreuzen

Gesamtzahl der zum Antragszeitpunkt in Weiterbildung befindlichen Ärzte \_\_\_\_\_

Ambulante psychotherapeutische Versorgung  ja  nein \*

Patientendurchgang pro Jahr (ambulant) \_\_\_\_\_

Patientendurchgang pro Jahr (stationär) \_\_\_\_\_

Bettenzahl \_\_\_\_\_

### Niederlassung

Beschreibung der Praxis: als **Anlage 3** beifügen, mit Skizze des Grundrisses und Benennung der einzelnen Räume in DIN A4 Größe

### I. Jahresleistungsstatistik (für Kliniken bzw. Praxen)

**Diagnosestatistik** der letzten 12 Monate (aufgeschlüsselt nach Diagnosen u. Fallzahlen als **Anlage 4** beifügen)

**Zahl der Langzeittherapien** \_\_\_\_\_

**Zahl der Kurzzeittherapien** \_\_\_\_\_

Bitte reichen Sie die statistischen Angaben für jede Weiterbildungsstätte separat ein.

### K. Weiterbildungsprogramm (als **Anlage 5** beifügen)

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

**L. Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken**  ja  nein \*

**Zusammenarbeit mit psychosomatischen Kliniken bzw. Abteilungen**  ja  nein \*

**Zusammenarbeit mit Kliniken anderer Fachbereichen**  ja  nein \*

**Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiatern**  ja  nein \*

**Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten**  ja  nein \*

**Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychoanalytikern**  ja  nein \*

Wenn ja, bitte nähere Angaben dazu:

---



---



---



---

\* Zutreffendes ankreuzen

**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 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Psychosomatische Medizin 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
- Eigene Weiterbildung
- Praxisskizze
- Diagnosestatistik
- Weiterbildungsprogramm

\* Zutreffendes ankreuzen

# Anlage 5 - Weiterbildungsprogramm

## Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- *Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung zum Facharzt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*
- *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