

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 Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen**

- 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

Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

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

Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen Anzahl der Betten _____

Davon Männer _____ Frauen _____ Kinder (Säuglinge) _____

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Anzahl der Betten _____

Davon Männer _____ Frauen _____ Kinder (Säuglinge) _____

Anästhesieabteilung

Zentrale Abteilung ja nein * Leiter _____

Eigene Abteilung ja nein * Leiter _____

Spezialabteilungen

Welche _____ Anzahl der Betten _____

* Zutreffendes ankreuzen

Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

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	_____
Praxisärzte	_____	Weiterbildungsassistenten	_____

2. Psychologen

Logopäden / Stimm-Sprech-Therapeuten _____

3. Krankenschwestern/Pfleger

4. Dipl.-Phys. / Dipl.-Ing. / Techniker

Audiometrie-Assistenten _____

Hörgeräte-Akustiker _____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)**G. Apparative Ausstattung der fachspezifischen Einrichtung (als Anlage 3 beifügen)****H. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich) (siehe Teil 2)****I. Weiterbildung**

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

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

* Zutreffendes ankreuzen

Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Welche Weiterbildungsinhalte gemäß Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung können an der medizinischen Einrichtung nicht vermittelt werden?

K. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 4)

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

L. 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 *

M. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

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
 Apparative Ausstattung Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Teil 2

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

Zeitraum vom _____ bis _____

F. Statistische Angaben**Klinik/Abteilung**

Anzahl der Patienten pro Jahr _____

Davon Erstuntersuchungen _____ Nachuntersuchungen _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

Niederlassung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Belegbetten ja nein * Zahl _____

Wo _____

H. Zahl der wissenschaftlich begründeten Gutachten (jährlich) _____

* Zutreffendes ankreuzen

