

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 in der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie

A. Allgemeines

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

E-Mail (dienstlich): _____

Telefon (dienstlich): _____

Liegt ein gültiges Fortbildungszertifikat vor ja nein * Gültigkeitsende _____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

Phlebologie

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung ² ja nein *

Wenn ja, mit wem: _____

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Facharztanerkennung
(wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____

_____ seit _____

Teilgebietsanerkennung
(wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____

_____ seit _____

Anerkennung der Zusatzbezeichnung Phlebologie _____ seit _____

Anerkennung weiterer Zusatzbezeichnungen
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

Bitte benennen Sie namentlich für die folgende Untersuchung in der Ultraschalldiagnostik einen entsprechend qualifizierten Arzt, der für dieses Anwendungsgebiet verantwortlich zeichnet.

Doppler- / Duplex-Sonographie des Venensystems

C. Bitte fügen Sie bei Erstantragstellung Ihren **Beruflichen Werdegang** stichwortartig als **Anlage 1** bei.

D. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

1. Zahl der Ärzte (gesamt VK) _____

Fachärzte (gesamt VK) _____

davon mit Anerkennung der Zusatzbezeichnung Phlebologie _____

Weiterbildungsassistenten für Phlebologie (gesamt VK) _____

E. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

F. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Teil 2)

* Zutreffendes ankreuzen

G. Liste des Instrumentariums (als **Anlage 2** beifügen)

Geräteausstattung zur phlebologischen Diagnostik und Therapie der eigenen Klinik/Abteilung/vertragsärztlichen Versorgung

H. Sonstige Einrichtungen

Chirurgie des epifaszialen Venensystems

ja nein *

Leiter _____

I. Weiterbildung

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte (krankenhausintern, regional oder überregional) Fortbildungsveranstaltungen abgehalten? (ggf. als Anlage beifügen)

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

J. Weiterbildungsprogramm (siehe **Anlage 3**)

Strukturierung der Weiterbildung mit Zuordnung der jeweils vermittelbaren Inhalte.

K. 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 *

L. Beantragt wird

Vollumfängliche Vermittlung der gemäß Weiterbildungsordnung für das Land Thüringen vom 18.03.2020 geforderten Inhalte

ja nein *

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Phlebologie

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 18.03.2020):

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
- Weiterbildungsprogramm
- Liste des Instrumentariums
- statistische Angaben

* Zutreffendes ankreuzen

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

E. Statistische Angaben**Klinik/Abteilung**

Fallzahl pro Jahr _____

vertragsärztliche Versorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

F. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Anlage 4)_____
Ort/Datum_____
Unterschrift/Stempel

Anlage 4

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Phlebologische und Lymphgefäß-Erkrankungen			
	Erkennung, Behandlung und Nachbehandlung venöser Thromboembolien einschließlich der Antikoagulation		
	Behandlung der chronischen Veneninsuffizienz und ihrer Komplikationen einschließlich des Ulcus cruris		
	Behandlung des Lymphödems der Extremitäten		
Erkrankungen in der Endstrombahn, z. B. Akrozyanose, Raynaud-Syndrom			
Diagnostische Verfahren			
	Dopplersonographie des Venensystems		
	Duplexsonographie des Venensystems		
	Durchführung und Befunderstellung von Funktionsuntersuchungen, z. B. Photoplethysmographie, Venenverschlussplethysmographie, Phlebodynamometrie		
	Bestimmung des Knöchel-Arm-Index		
Therapeutische Verfahren			
	Sklerosierungstherapie		
	Indikationsstellung und Durchführung von		
	- Kompressionsverbänden		
	- apparativen intermittierenden Kompressionsbehandlungen		
	- speziellen lymphologischen Kompressionsverbänden		
	Verordnung und Überwachung von Kompressionsstrümpfen		
Eingriffe am epifaszialen Venensystem der unteren Extremitäten, z. B. Phlebektomie, Varikotomie, Miniphlebochirurgie, endovenös-ablative Verfahren, Krossektomie, Stripping, Perforantenligatur			

* Zutreffendes ankreuzen