
**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung in der
Zusatz-Weiterbildung Proktologie**

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: _____

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung 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 Proktologie _____ seit _____

Anerkennung weiterer Zusatzbezeichnungen
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

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

D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Klinik/Abteilung

Bettenzahl gesamt _____

davon Erwachsene _____ Kinder _____

Ambulanz

ja nein *

E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

1. Zahl der Ärzte

Fachärzte (gesamt-VK) _____ davon mit ZB Proktologie _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt-VK) _____ davon mit Gebietsbezeichnung _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Gesundheits- und Krankenpfleger _____

Arzthelferinnen/MFA _____

Sonstiges Assistenzpersonal (Rö., MZA, EKG, Diät, Labor, Physio-/Ergotherapie etc.) _____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

* Zutreffendes ankreuzen

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

H. Sonstige Einrichtungen

Röntgenabteilung am Haus vorhanden ja nein *

Kooperierende Einrichtung ja nein *

Anästhesiologie am Haus vorhanden ja nein *

Kooperierende Einrichtung ja nein *

Pathologie am Haus vorhanden ja nein *

Kooperierende Einrichtung ja nein *

I. Weiterbildung

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

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

K. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 2)

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 Proktologie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Proktologie

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
- Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz
- Weiterbildungsprogramm

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (12 Monate)

F. Statistische Angaben**Klinik/Abteilung**

Fallzahl pro Jahr _____

Klinische Konsiliartätigkeit

 ja nein *

Wo _____

Belegbetten ja nein *

Zahl _____

Wo _____

vertragsärztliche Versorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Anlage 3)

Die geforderten Zahlen sind anhand eines entsprechenden Auszug des ICPM-Kataloges und /oder EBM/GOÄ erstellt und mit Unterschrift vom Controlling nachzuweisen.

Ort/Datum_____
Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Anlage 3

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Proktologische Untersuchung			
	Diagnostik von proktologischen Erkrankungen		
	- digitale Austastung		
	- Spekulumuntersuchung des Analkanals		
	- Proktoskopie		
	- Rektoskopie		
Analfissur			
Differentialdiagnose und Therapieoptionen der akuten und chronischen Analfissur			
	Durchführung konservativer Fissurbehandlung		
	Mitwirkung bei operativer Fissurbehandlung		
Peri- und intraanale Geschwülste			
Differentialdiagnose und Therapieoptionen peri- und intraanaler Geschwülste			
	Exzision von kleineren peri- und intraanal Geschwülsten, z. B. Thrombose, Mariske, hypertrophe Analpapille		
Hämorrhoidalleiden			
Prophylaxe, Differentialdiagnose und Therapieoptionen des Hämorrhoidalleidens			
	Konservative Behandlung des Hämorrhoidalleidens, z. B. Verödung, Gummibandligatur		
	Mitwirkung bei operativer Hämorrhoidentherapie		

* Zutreffendes ankreuzen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Analfisteln			
Differentialdiagnose und Therapieoptionen von Analfisteln			
	Aufsuchen und Sondierung von Analfisteln und Krypten einschließlich Fadendrainagen		
	Mitwirkung bei operativer Fistelbehandlung		
Analekzem, anale Dermatosen, anorektale Geschlechtskrankheiten			
Differentialdiagnose und Therapieoptionen bei Analekzem, analen Dermatosen, anorektalen Geschlechtskrankheiten			
	Behandlung des Analekzems, analer Dermatosen und anorektaler Geschlechtskrankheiten		
Stoma			
Stomaarten und Indikationen zur Stomaanlage			
	Versorgung und Beratung von Stomaträgern		
Maligne Tumore			
Differentialdiagnose und Therapieoptionen bei Rektumkarzinom und Analkarzinom			
	Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung bei Verdacht auf Malignom		
	Nachsorge bei malignen Tumoren		

Die geforderten Zahlen sind anhand eines entsprechenden Auszug des ICPM-Kataloges und /oder EBM/GOÄ erstellt und mit Unterschrift vom Controlling nachzuweisen.

* Zutreffendes ankreuzen