



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

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: _____

- * Zutreffendes ankreuzen

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Facharztanerkennung _____ seit _____
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

Teilgebietsanerkennung seit _____
(wird von LÄK ausgefüllt)

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

Bitte benennen Sie namentlich für die folgenden Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik jeweils einen entsprechend qualifizierten Arzt, der für das jeweilige Anwendungsgebiet verantwortlich zeichnet.

Sonographie des Abdomens und Retroperitoneums

Untersuchungen der Urogenitalorgane, Nieren

Duplex-Sonographie der abdominellen und retroperitonealen Gefäße

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

D. Struktur der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl der viszeralchirurgischen Klinik/Abteilung _____ Fallzahl _____

Fälle/Jahr _____ Leiter _____

Allgemeinchirurgische Struktureinheit ja nein * _____

Gefäßchirurgische Struktureinheit ja nein * _____

Orthopäd. u. Unfallchirurgische Struktureinheit ja nein * _____

Thoraxchirurgische Struktureinheit ja nein * _____

Sonstige: _____

- * Zutreffendes ankreuzen

Intensivabteilung

a) Zentrale Intensivabteilung ja nein * Leiter _____

Gesamtbettenzahl _____ Zahl der Dauerbeatmungsplätze _____

Zahl der chirurgisch genutzten intensivtherapeutischen Betten _____

b) Chirurgische Intensivabteilung ja nein * Leiter _____

Gesamtbettenzahl _____ Zahl der Dauerbeatmungsplätze _____

Ist die Möglichkeit der Dialyse gegeben? ja nein * Anzahl der Plätze _____

E. Notfallaufnahme**Welcher Stufe ist die Notaufnahme zugeordnet?**

Stufe 1 – Basisnotfallversorgung

Stufe 2 – erweiterte Notfallversorgung

Stufe 3 – umfassende Notfallversorgung

Leiter _____

Durchgeführte Erstuntersuchungen/Erstbehandlungen pro Jahr _____

Akutkrankenhaus ja nein *

F. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung**1. Zahl der Ärzte**

Oberärzte (gesamt-VK) _____ Fachärzte (gesamt-VK) _____

Praxisärzte (gesamt-VK) _____ Weiterbildungsassistenten (gesamt-VK) _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Gesundheits- und Krankenpfleger _____

Arzthelferinnen/MFA _____

Sonstiges Assistenzpersonal _____

G. Statistische Angaben (siehe Teil 2)**H. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Teil 2)**

- * Zutreffendes ankreuzen

I. Sonstige Einrichtungen

Operationstrakt der gesamten Klinik

Zahl der betriebenen Operationstische/Woche _____

davon aseptisch _____

septisch _____

Wie viele viszeralchirurgisch genutzte Operationsräume gibt es? _____

Radiologie und Nuklearmedizin

Zentrale Röntgenabteilung ja nein *

Eigene Röntgenabteilung ja nein *

Kooperierende Einrichtung ja nein *

Außer den konventionellen röntgendiagnostischen Verfahren sind für die Weiterbildungseinrichtung nutzbar:

Digitale Subtraktionsangiographie ja nein *

Computertomographie ja nein *

Magnetresonanztomographie ja nein *

Isotopenuntersuchung ja nein *

Sonographie in der viszeralchirurgischen Abteilung ja nein *

Kooperierende Einrichtung ja nein *

Interventionelle Sonographie ja nein *

Labor am Haus vorhanden ja nein *

Kooperierende Einrichtung ja nein *

Pathologie am Haus vorhanden ja nein *

Kooperierende Einrichtung ja nein *

K. 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

In welcher Weise erfolgen in der Einrichtung Qualitätskontrollen der medizinischen Betreuungsleistungen (z. B. anlässlich von Röntgenvisiten, klinischen Obduktionen, Todesfall- oder Komplikationsanalysen)?

L. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 3)

Strukturierung der Weiterbildung 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 *

N. Beantragt wird

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

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Spezielle Viszeralchirurgie

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.

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
 Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

- * Zutreffendes ankreuzen

Teil 2

Zeitraum von _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

G. Statistische Angaben**Viszeralchirurgische 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 _____

Werden stationäre Operationen durchgeführt? ja nein * _____**H. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Anlage 4)**

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

Vertragsärztliche Versorgung

Krankheits- bzw. Diagnosestatistik der letzten 12 Monate (keine Vorgaben)

Ort/Datum_____
Unterschrift/Stempel

- * Zutreffendes ankreuzen

Anlage 4

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie			
Differentialdiagnose und Therapieoptionen von komplexen Erkrankungen, Verletzungen, Infektionen und Fehlbildungen innerer Organe			
	Indikationsstellung zur operativen und konservativen Behandlung einschließlich der Risikoeinschätzung und prognostischen Beurteilung von komplexen Erkrankungen, Verletzungen, Infektionen und Fehlbildungen innerer Organe		
	Interdisziplinäre Indikationsstellung zu gastroenterologischen, onkologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Behandlungsverfahren einschließlich Falldarstellung in interdisziplinären Tumorkonferenzen		
Diagnostische und interventionelle Verfahren			
	Mitwirkung bei interdisziplinären interventionellen Verfahren wie radiologisch und radiologisch endoskopischen Verfahren sowie von endosonographischen Untersuchungen des Gastrointestinaltraktes		
Operative Verfahren			
	Ultraschallgesteuerte diagnostische und therapeutische Eingriffe, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit		
	Flexibel endoskopisches Komplikationsmanagement, z. B. Clipping, Stenting, endoskopische Vakuumtherapie		
	Eingriffe höheren Schwierigkeitsgrades an endokrinen Organen, z. B. bei Schilddrüsenkarzinom, an Nebenschilddrüsen, an Nebennieren		
	Sternotomie, Thorakotomie bzw. Thorakoskopie im Rahmen von gastroenterologischen und endokrinen Eingriffen sowie bei Notfällen		
	Resezierende Eingriffe am Ösophagus, insbesondere mit Wiederherstellung der Kontinuität		
	Komplexe Eingriffe an Bauchhöhle und an der Bauchwand, davon		
	- am Magen, davon		
	- Resektion, Gastrektomie mit D2Lymphadenektomie		

- * Zutreffendes ankreuzen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
	- minimal invasive Resektionen, z. B. Wedge-Resektion sowie Fundoplicatio		
	- an der Leber, resezierende Eingriffe, davon		
	- anatomische Resektion		
	- konventionelle Cholezystektomie, z. B. bei Gangrän, Perforation, Umstieg nach laparoskopischem Beginn		
	- biliodigestive Anastomosen		
	- am Pankreas, resezierende und drainierende Eingriffe		
	- an der Milz einschließlich milzerhaltende Eingriffe, auch in Kombination mit resezierenden Eingriffen an Magen und Pankreas		
	- am Dünndarm, z. B. bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und komplexen Verwachsungssituationen		
	- am Dickdarm, z. B. bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Divertikulitis, ausgedehnten Tumoren, davon		
	- minimal invasive Resektion		
	- komplexe onkologische Resektion		
	- nicht-onkologische Resektion		
	- Korrekturingriffe enteraler Stomata		
	- am Rektum, davon		
	- anteriore Resektion mit partieller mesorektaler Exzision, davon		
	- tiefes Rektum mit totaler mesorektaler Exzision		
	- abdominoperineale Rektumexstirpation		
	- transanale Eingriffe, z. B. transanale endoskopische Mikrochirurgie		
	- Rezidiveingriffe bei Leisten- und Bauchwandhernien		
	Eingriffe bei komplexen Abdominaltraumata		
	Komplexe proktologische Operationen, z. B. Sphinkterrekonstruktion bei hohen Analfisteln, nach Geburtstraumata und bei Morbus Crohn		

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

- * Zutreffendes ankreuzen