

Landesärztekammer Thüringen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40
07707 Jena

Telefon: 03641 614-124
Fax: 03641 614-129
Internet: www.laek-thueringen.de
Email: weiterbildung@laek-thueringen.de



**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung im Teilgebiet
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin**

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

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung² 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)

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen _____ seit _____
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

_____ seit _____

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

D. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

1. Zahl der Ärzte

Fachärzte (gesamt VK) _____ davon mit Schwerpunkt _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____
(einschl. Aspirant)

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

* Zutreffendes ankreuzen

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

F. Weiterbildung

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

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

G. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 2)

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

H. 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 *

* Zutreffendes ankreuzen

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

I. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Gynäkologische Endokrinologie
und Reproduktionsmedizin

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Gynäkologische Endokrinologie
und Reproduktionsmedizin

Besteht eine Weiterbildungsermächtigung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe? ja nein *

Wenn ja, über welchem Umfang? _____ Monate

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 Thüringen § 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
- Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

* Zutreffendes ankreuzen

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

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

Bitte fügen Sie einen entsprechenden Auszug des ICPM-Kataloges erstellt und mit Unterschrift vom Controlling ausschließlich für die angegebenen Zahlen bei.

Klinik/Abteilung

Fallzahl pro Jahr _____

Konsultationen pro Jahr _____

Anzahl der Punktionszyklen pro Jahr _____

Bitte einen Auszug aus dem IVF-Register beifügen.

vertragsärztliche Versorgung

Durchschnittliche Patientenzahl pro Quartal _____

Anzahl der Punktionszyklen pro Quartal _____

Bitte einen Auszug aus dem IVF-Register beifügen. _____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Anlage 3

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden	Zahlen Einrichtung
Notfälle			
	Prävention, Diagnostik und Therapie des Überstimulationssyndroms (OHSS)		
Endokrine Störungen			
	Diagnostik und Therapie geschlechtsspezifischer endokriner, neuroendokriner und fertilitätsbezogener Dysfunktionen, Erkrankungen und Fehlbildungen des inneren Genitale in der Pubertät, der Adoleszenz, der fortpflanzungsfähigen Phase, dem Klimakterium und der Peri- und Postmenopause		
	Gynäkologisch-endokrinologische Diagnostik und Therapie bei Transsexualität		
	Diagnostik und Therapie der Fertilität und des Hormonhaushalts unter Berücksichtigung psychosomatischer Einflüsse		
	Diagnostik und Therapie bei Störungen des Androgenhaushaltes, bei Hirsutismus, bei Störungen des Prolaktinhaushaltes		
	Diagnostik und Therapie endokrin bedingter Funktions- und Entwicklungsstörungen der weiblichen Brust		
Endokrin bedingte Alterungsprozesse			
Unerfüllter Kinderwunsch			
	Fertilitätsbezogene Beratung, Diagnostik und Therapie des Kinderwunschaars unter Einbeziehung männlicher Anamnesedaten, Genital- und Hormonbefunde sowie Spermioqrammparameter		
	Durchführung von assistierten Fertilisationsmethoden einschließlich hormoneller Stimulation, Insemination		

* Zutreffendes ankreuzen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden	Zahlen Einrichtung
	In-vitro-Fertilisation (IVF) und intrazytoplasmatische Spermatozoen-Injektion (ICSI)		
	Kryokonservierungsverfahren im Rahmen der assistierten Reproduktion		
Berücksichtigung von körperlichen Befunden und einflussnehmenden Faktoren auf die Schwankungsbreite der Spermogrammparameter und auf das Fertilitätspotential			
	Spermogrammanalysen und Ejakulat-Aufbereitungsmethoden und Funktionstests		
Ejakulatuntersuchungen gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen			
	Diagnostik und Therapie der Endometriose im Rahmen der Kinderwunschbehandlung		
	Größere fertilitätschirurgische Eingriffe einschließlich hysteroskopischer und laparoskopischer Verfahren, z. B. bei Endometriose, in der Tuben-, Myom- und Ovarchirurgie		
Tumorerkrankungen			
Fertilitätsrelevante endokrin aktive Tumore			
	Beratung zu fertilitätsprotektiven Maßnahmen bei onkologischen Erkrankungen		
	Entnahme und Kryokonservierung von Ovargewebe und/oder Eizellen einschließlich der Vorkernstadien		

Bitte fügen Sie einen entsprechenden Auszug des ICPM-Kataloges erstellt und mit Unterschrift vom Controlling ausschließlich für die angegebenen Zahlen bei.

* Zutreffendes ankreuzen