

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 Onkologie**

A. Allgemeines

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

E-Mail: _____

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; ** bitte geben Sie hier für die angegebene Zahl eine Aufschlüsselung nach Art des Eingriffes und der Dignität an (als Anlage beifügen)

Gynäkologische Onkologie

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

_____ seit _____

C. Bitte fügen Sie bei Erstantragstellung Ihren **Beruflichen Werdegang** stichwortartig als **Anlage 1** bei.**D. Struktur der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung****Klinik/ Abteilung**Chirurgie ja nein * Anästhesie ja nein *Innere Medizin ja nein * Pathologie ja nein *Urologie ja nein * Röntgenabteilung ja nein *Intensivabteilung ja nein * Strahlenabteilung mit gyn. Therapie ja nein *Zentrallabor ja nein *Onkologische Zusatzleistungen: Schmerztherapie ja nein *Psychoonkologischer Dienst ja nein *

* Zutreffendes ankreuzen

Ausstattung und Angebot der Klinik/Abteilung

Anzahl der gynäkologisch betriebenen OP-Tische pro Woche _____

Lasertherapie ja nein *Bieten Sie in Ihrer Abteilung gynäkologisch-onkologische Spezialsprechstunden an? ja nein *Zertifiziertes Brustzentrum ja nein *oder Anbindung ja nein *Zertifiziertes Gynäkologisches Krebszentrum ja nein *oder Anbindung ja nein ***E. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung****1. Zahl der Ärzte**

Fachärzte (gesamt VK) _____ davon mit Teilgebiet _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____
(einschl. Aspirant)**F. Gynäkologisch-onkologischer Werdegang des Antragstellers**Bitte fügen Sie als **Anlage 2** Ihre Publikations- und Vortragsliste bei.**G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Teil 2)****H. Sonstige Einrichtungen**Werden in Ihrer Abteilung interdisziplinäre onkologische Konferenzen abgehalten? ja nein *Oder werden diese in Kooperation durchgeführt? ja nein *

Wenn ja, mit wem?

Radiologie ja nein * Pathologie ja nein * Chirurg ja nein *

Zusammenarbeit mit:

Strahlentherapie ja nein * Leiter _____Hämatonkologie ja nein * Leiter _____

* Zutreffendes ankreuzen

Ist Ihre Abteilung an Fachzentren (z. B. Tumorzentrum) angebunden?

ja nein *

An welche?

I. Weiterbildung

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

ja nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

<hr/>	<hr/>

J. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 3)

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung (mindestens 6 Monatsabschnitte) 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 *

* Zutreffendes ankreuzen

L. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Gynäkologische Onkologie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Gynäkologische Onkologie

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 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
- Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

* Zutreffendes ankreuzen

Gynäkologische Onkologie

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____

G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Anlage 4)

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

Weiterhin ist eine Liste der durchgeführten Operationen mit Aufschlüsselung nach malignen und benignen Fällen beizufügen

Klinik/Abteilung

Fallzahl pro Jahr _____

davon Senologie pro Jahr _____

davon gynäkologische Onkologie pro Jahr _____

davon Primärfälle pro Jahr _____

davon Rezidivfälle pro Jahr _____

vertragsärztliche Verordnung

Durchschnittliche Patientenzahl pro Quartal _____

Ort/Datum_____
Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Gynäkologische Onkologie

Anlage 4

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden	Zahlen Einrichtung
Notfälle			
	Behandlung von medikamentösen und operativen Komplikationen nach onkologischen Behandlungen, z. B. febrile Neutropenie, Sepsis, Ileus, Paravasat		
	Diagnostik und Therapie der primären Tumorblutung		
	Mitbehandlung strahlentherapeutischer Komplikationen		
Tumorerkrankungen			
	Diagnostik und Therapie bösartiger Erkrankungen des weiblichen Genitale und der Brust einschließlich hereditärer onkologischer Krankheitsbilder		
	Organerhaltende oder radikale Operationen gutartiger, prämaligener oder maligner Erkrankungen der Mamma einschließlich Exploration der regionalen Lymphabflussgebiete		
	Organerhaltende oder radikale Operationen gutartiger, prämaligener oder maligner Erkrankungen des weiblichen Genitale sowie systematischer inguinaler, pelviner, paraaortaler Lymphonodektomie, Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SNB) einschließlich fertilitätserhaltender Maßnahmen		**
	Rekonstruktive Eingriffe im Zusammenhang mit onkologischen Behandlungen, insbesondere		
	- am weiblichen Genitale		
	- an der Bauchdecke		
	- an der Brust		
	Indikationsstellung zur gynäkologischen Strahlentherapie		

* Zutreffendes ankreuzen; ** bitte geben Sie hier für die angegebene Zahl eine Aufschlüsselung nach Art des Eingriffes und der Dignität an (als Anlage beifügen)

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden	Zahlen Einrichtung
	Spezielle Rezidivdiagnostik und -behandlung		
	Psychoonkologische Betreuung		
	Einleitung von rehabilitativen Maßnahmen		
	Tumornachsorge		
	Spezielle palliativmedizinische Betreuung bei Patienten mit lebenslimitierenden gynäkologischen Krankheiten		
Therapieassoziierte endokrine Dysfunktionen			
	Beratung über die Möglichkeiten der Fertilitäts-erhaltung		
Prävention, Differentialdiagnose und Therapieoptionen endokriner Dysfunktionen im Rahmen onkologischer Behandlung einschließlich Bewertung möglicher Risiken und Nebenwirkungen			
Medikamentöse Tumortherapie und Supportivtherapie			
	Interdisziplinäre Indikationsstellung zu chirurgischen, interventionellen und nuklearmedizinischen Behandlungsverfahren		
	Regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Tumorkonferenzen, davon		
	- Falldarstellung		
Pharmakologie und Wirkungsweise medikamentöser Tumortherapie			
	Indikationsstellung zur medikamentösen Tumortherapie unter Berücksichtigung von Komorbiditäten		
	Planung und Überwachung der medikamentösen Therapie bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes einschließlich der Prävention, Erkennung und Behandlung spezifischer Nebenwirkungen von Tumortherapeutika		
	Medikamentöse Therapie bei Patienten mit Tumoren des Fachgebietes in Behandlungsfällen, davon		
	- zytostatisch		

* Zutreffendes ankreuzen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden	Zahlen Einrichtung
	- zielgerichtet		
	- immunmodulatorisch		
	- antihormonell		
Grundlagen der Supportivtherapie bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes			
	Prophylaktische und interventionelle Supportivtherapie, insbesondere Antiemese, Ernährungsberatung und Diätetik einschließlich enteraler und parenteraler Ernährung, Infektionsprophylaxe und Therapie von Infektionen, Antikoagulation		

Bitte fügen Sie einen entsprechenden Auszug des ICPM-Kataloges erstellt und mit Unterschrift vom Controlling ausschließlich für die angegebenen Zahlen bei. Weiterhin ist eine Liste der durchgeführten Operationen mit Aufschlüsselung nach malignen und benignen Fällen beizufügen

* Zutreffendes ankreuzen