

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 Immunologie

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

Immunologie

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Facharztanerkennung
(wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____
 _____ seit _____

Teilgebietsanerkennung
(wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____
 _____ seit _____

Anerkennung der Zusatzbezeichnung Immunologie _____ seit _____

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

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

D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung?

Klinik/Abteilung

Existieren Kliniken/Abteilungen für:

- Augenheilkunde ja nein *
- Haut- und Geschlechtskrankheiten ja nein *
- Innere Medizin ja nein *
- Innere Medizin und Angiologie ja nein *
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie ja nein *
- Innere Medizin und Gastroenterologie ja nein *
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ja nein *
- Innere Medizin und Kardiologie ja nein *
- Innere Medizin und Nephrologie ja nein *
- Innere Medizin und Pneumologie ja nein *
- Innere Medizin und Rheumatologie ja nein *
- Kinder- und Jugendmedizin ja nein *
- Neurologie ja nein *

* Zutreffendes ankreuzen

Sonstiges

E. Personelle Besetzung (der Immunologie zugeordnet)

1. Zahl der Ärzte

Fachärzte (gesamt VK) _____ mit der Zusatzbezeichnung _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____

2. Zahl der wissenschaftlichen Mitarbeiter

davon Fachimmunologen _____

F. Statistische Angaben (die Immunologie betreffend) (siehe Teil 2)

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

H. Laboratoriumseinrichtungen

Beschreibung der fachspezifischen Einrichtung mit Kennzeichnung der Sicherheitsstufen als Grundriss in A4-Größe sowie Geräteliste als **Anlage 2** beifügen.

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)

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung (mindestens 3 Monatsabschnitte) mit Zuordnung der jeweils vermittelbaren Inhalte.

* Zutreffendes ankreuzen

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)

L. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Immunologie

davon 6 Monate im immunologischen Labor ja nein *

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Immunologie

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
- Grundriss der fachspezifischen Einrichtung
- statistische Angaben
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

F. Statistische Angaben

Klinik/Abteilung

Fallzahl pro Jahr _____

davon immunologisch relevante Fälle (bitte nach Fachgebieten auflisten):

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

vertragsärztliche Versorgung

Fallzahl pro Quartal _____

davon immunologisch relevante Fälle (bitte nach Fachgebieten auflisten):

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

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

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Anlage 3

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung in der **Zusatz-Weiterbildung Immunologie**.
- Das Weiterbildungsprogramm ist die individuelle Umsetzung der gemäß Richtlinie zum Inhalt der Weiterbildung geforderten Weiterbildungsinhalte in einen konkreten internen Ablaufplan für den Arzt in Weiterbildung in seiner Weiterbildungseinrichtung. Bitte stellen Sie zeitlich und inhaltlich gegliedert dar, welche Weiterbildungsinhalte in welchen Weiterbildungsabschnitten der (beantragten) Weiterbildungszeit unter Ihrer Leitung dem Arzt in Weiterbildung vermittelt werden können.
- Dieses Programm ist dem Weiterzubildenden auszuhändigen.

Weiterbildungsleiter:

Name _____

Weiterbildungsprogramm (Ablauf/Rotationsplanung):

Inhaltliche Gliederung

ggf. Angaben zum Zeitraum, in dem die jeweiligen Inhalte vermittelt werden

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

* Zutreffendes ankreuzen

Immunologie

Anlage 4

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Immunologie		
Wesentliche Gesetze und Richtlinien, z. B. Medizinproduktegesetz, Infektionsschutzgesetz, Transfusionsgesetz, STIKO-Richtlinien		
Grundlagen des adaptiven und angeborenen Immunsystems		
Angeborene und erworbene Immundefekt- und Immundysregulations-Syndrome		
Immunologische Folgen von Frühgeburtlichkeit und Seneszenz		
Auswirkungen immunologischer Störungen auf Impfantworten		
Über-, Unter- und Fehlreaktionen des Immunsystems, z. B. Autoimmunität, Allergie, Autoinflammation		
Grundlagen der allogenen und autologen Organ- und Stammzelltransplantation, akuten und chronischen Abstoßung, Graft versus Host-Disease		
Diagnostische Verfahren		
Zielstrukturen für diagnostische Methoden, z. B. Immunglobuline		
Differentialdiagnose von Allergien		
	Durchführung von serologischen, zellulären, genetischen, funktionellen diagnostischen Verfahren zur Abklärung von pathologischen Entzündungsreaktionen, Immundefekten und Immundysregulations-Syndromen, z. B. Hämophagozytose-Syndrom, Autoimmunproliferatives Syndrom, Late-onset kombinierte Immundefekte, autoinflammatorische Syndrome	
	Durchführung der Diagnostik von Autoimmunopathien	

* Zutreffendes ankreuzen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*
Therapeutische Verfahren		
	Beratung zum Erkrankungsrisiko sowie Indikationsstellung zur Behandlung von pathologischen Entzündungsreaktionen, Immundefekten und ImmundysregulationsSyndromen	
Prophylaktische und therapeutische Interventionen, z. B. Impfstoffe, Antikörper, Zellpopulationen, Zytokine, Signaltransduktionsmoleküle, Gene		
	Durchführung von prophylaktischen und immuntherapeutischen Verfahren, z. B. Impfungen, Einsatz von Immunsuppressiva und Immunstimulanzen, Biologika, Immunglobulin-Therapie zum Antikörperersatz und zur Immunmodulation, Plasmapherese und Leukapherese, Stammzelltransplantation, spezifische Zell- und Gentherapie	
	Erhebung des Impfstatus nach immunsuppressiver Therapie	

* Zutreffendes ankreuzen