

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 Krankenhaushygiene

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

Krankenhaushygiene

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Facharztanerkennung
(wird von LÄK ausgefüllt) _____ seit _____

_____ seit _____

Teilgebietsanerkennung seit _____
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

Anerkennung der Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene 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 (bei einem Institut mit klinischer Einrichtung)

Klinik/Abteilung

Gesamtbettenzahl aller Abteilungen _____

Innere Abteilung Bettenzahl _____

Chirurgische Abteilung Bettenzahl _____

Pädiatrische Abteilung Bettenzahl _____

Intensivabteilung Bettenzahl _____

Sonstige Abteilungen

_____ Bettenzahl _____

_____ Bettenzahl _____

_____ Bettenzahl _____

Eigenes Labor ja nein *

In Kooperation mit Mikrobiologie ja nein *

E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

* Zutreffendes ankreuzen

Krankenhaushygiene

1. Zahl der Ärzte

Fachärzte (gesamt VK) _____ davon mit Gebietsanerkennung _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____ davon mit Gebietsanerkennung _____

2. Weitere akademische Mitarbeiter

Akademische Mitarbeiter / Fachrichtung

Anzahl

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. Zahl der Hygienefachkräfte

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)**G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Teil 2)****H. Geräteliste und Räume** als Anlage 2 beifügen)

Kurze Darstellung der räumlichen Verhältnisse und der wesentlichen fachbezogenen Gerätschaften.

I. Sonstige Einrichtungen (ggf. als Anlage beifügen)**Wissenschaftliche Schwerpunkte**

ja nein *

(Kurze Darstellung und Beifügung entsprechender Publikationen – Sonderdrucke -)

Demonstrationen, Lehrgänge oder Lehrveranstaltungen

ja nein *

Welche: _____

Wird dem Assistenten ermöglicht daran teilzunehmen oder diese mitzugestalten? ja nein *

Wissenschaftliche Tagungen, Symposien und Kongresse

Welche: _____

In welcher Funktion teilgenommen?

Wird dem Assistenten ermöglicht daran teilzunehmen oder diese mitzugestalten? ja nein *

Wissenschaftliche Gesellschaften, Arbeitsgemeinschaften, beratende Gremien

Welche: _____

In welcher Funktion teilgenommen?

* Zutreffendes ankreuzen

J. 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 3)

Strukturierung der Weiterbildung 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 Krankenhaushygiene

ja nein *

Lag bereits eine Weiterbildungsermächtigung für 6 Monate Krankenhaushygiene vor?

ja nein *

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.

* Zutreffendes ankreuzen

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
- Geräteliste und Räume
- Weiterbildungsprogramm
- Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

F. Statistische Angaben**vertragsärztliche Versorgung**

Klinische Konsiliartätigkeit

 ja nein *

Wo _____

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Konsultationstätigkeit pro Quartal _____

G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Anlage 4)_____
Ort/Datum_____
Unterschrift/Stempel

Anlage 4

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Hygiene und Infektionsprävention in Krankenhäusern und Praxen			
Hygienisches Qualitätsmanagement			
	Erstellung von Hygieneplänen und Überwachung von deren Umsetzung		
Vorbeugung und Epidemiologie von infektiösen Krankheiten einschließlich des individuellen und allgemeinen Seuchenschutzes			
	Beratung bezüglich Infektionsverhütung, Infektionserkennung und Infektionsbekämpfung		
	Überwachung der Desinfektion, Medizinproduktaufbereitung, Versorgung und Entsorgung		
Surveillance nosokomialer Infektionen			
	Ermittlung des Risikoprofils einer Einrichtung für die Entstehung nosokomialer Infektionen		
	Erkennung nosokomialer Infektionen, Erreger- und Resistenzüberwachung		
	Beteiligung bei der Bewertung der Antibiotikaverbrauchsdaten, auch im ABS-Team		
	Planung und Durchführung von Interventionen zur Reduktion nosokomialer Infektionen und Besiedlungen mit multiresistenten Erregern		
	Beratung beim Umgang mit multiresistenten Erregern		
Grundlagen der Hygiene von Lebensmitteln, Gebrauchs- und Bedarfsgegenständen und der Lebensmittelversorgung im Krankenhaus			
Grundlagen der technischen Hygiene, der Wasserversorgung und der Raumluftechnik im Krankenhaus			
	Hygienische Beratung bei der Planung und patientengerechten Durchführung von Bau- und Umbaumaßnahmen in medizinischen Einrichtungen		

* Zutreffendes ankreuzen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
	Hygienische Begehungen und Inspektionen in klinisch-medizinischen Einrichtungen mit Analyse spezifischer hygienischer Risiken vor Ort, davon		
	- OP-Trakt und dezentrale Eingriffs- und Untersuchungsräume, insbesondere Endoskopie, Herzkatheterlabor, Dialyse		
	- Pflegestationen einschließlich Bereiche mit besonderen hygienischen Anforderungen, z. B. Intensivstationen, hämatologisch-onkologische Stationen		
	- patientennahe Versorgungs- und Entsorgungsbereiche, z. B. Krankenhausküche und Lebensmittelversorgung, Hauswirtschaft, Wäscheversorgung, Bettenaufbereitung, Hausreinigung, Entsorgung		
	Schulungen für ärztliche Mitarbeiter und Pflegepersonal		
	Mitwirkung bei der Durchführung eines Ausbruchsmanagements		

* Zutreffendes ankreuzen