

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 Physikalische Therapie**

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

Physikalische Therapie

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Facharztanerkennung _____ seit _____
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

Teilgebietsanerkennung _____ seit _____
(wird von LÄK ausgefüllt)

_____ seit _____

Anerkennung der Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie und Balneologie 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

Klinik/Abteilung

Physikalisch-medizinisch zu versorgende Gesamtbettenzahl _____

Spezialabteilungen

E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

1. Zahl der Ärzte

Fachärzte (gesamt VK) _____

davon mit Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie/ Physikalische Therapie und Balneologie _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Physiotherapeuten _____

Krankengymnasten _____

Masseure / medizinische Bademeister _____

* Zutreffendes ankreuzen

Physikalische Therapie

| | |
|---|-------|
| Sportwissenschaftler | _____ |
| Sporttherapeuten/ Sportwissenschaftler | _____ |
| Ergotherapeuten | _____ |
| Logopäden | _____ |
| Sonstige Mitarbeiter (z. B. Psychologen, Sozialarbeiter etc.) | _____ |

F. Statistische Angaben der fachspezifischen Einrichtung (siehe Teil 2)

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

H. Geräteausstattung (als Anlage 2 beifügen)

I. Sonstige Einrichtungen

Welche Funktionsabteilungen sind vorhanden?

K. 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

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

* Zutreffendes ankreuzen

L. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 3)

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung (mindestens 3 Monatsabschnitte) 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 werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Physikalische Therapie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Physikalische Therapie /
Physikalische Therapie und Balneologie

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
- Therapieformen
- Geräteausstattung
- Weiterbildungsprogramm

* Zutreffendes ankreuzen

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

F. Statistische Angaben der fachspezifischen Einrichtung

Fallzahl pro Jahr _____

davon stationär _____

davon Physikalisch-therapeutische Leistungen _____

davon ambulant _____

davon Physikalisch-therapeutische Leistungen _____

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* |
|--|--|-------------------------------|
| Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie | | |
| Wirkungsmechanismen der Physikalischen Therapie | | |
| Einsatz von Physikalischer Therapie in Prävention, Therapie und Rehabilitation | | |
| Grundlagen der Rehabilitation | | |
| Heilmittelrichtlinie | | |
| Krankengymnastik und Bewegungstherapie | | |
| Therapiemethoden, Therapiemittel, Anwendungsformen, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen der Krankengymnastik, Bewegungstherapie, medizinischer Trainingstherapie und manueller Therapie | | |
| | Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von Krankengymnastik und Bewegungstherapie, medizinischer Trainingstherapie und manueller Therapie | |
| Hydrotherapie | | |
| Therapiemethoden, Therapiemittel, Anwendungsformen, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen der Hydrotherapie | | |
| | Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von Hydrotherapie | |
| Thermotherapie | | |
| Therapiemethoden, Therapiemittel, Anwendungsformen, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen von Thermotherapie | | |
| | Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von Thermotherapie | |

* Zutreffendes ankreuzen

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | Kann vermittelt werden* |
|--|---|-------------------------------|
| Massage- und Entstauungstherapie | | |
| Therapiemethoden, Therapiemittel, Anwendungsformen, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen von Massagen und Entstauungstherapie einschließlich Kompressionstechniken | | |
| | Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von Massagen und Entstauungstherapie | |
| Elektrotherapie und Ultraschalltherapie | | |
| Therapiemethoden, Therapiemittel, Anwendungsformen, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen von Elektrotherapie und Ultraschalltherapie | | |
| | Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von Elektrotherapie und Ultraschalltherapie | |
| Ergotherapie | | |
| Definition, Grundprinzipien, Techniken der Ergotherapie und deren Ziele | | |
| | Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von Ergotherapie | |
| Weitere physikalische Therapieverfahren | | |
| Therapiemethoden, Therapiemittel, Anwendungsformen, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen, z. B. mechanische Schwingungen, Phototherapie, Inhalationstherapie | | |
| | Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von weiteren physikalischen Therapieverfahren, z. B. mechanische Schwingungen, Phototherapie, Inhalationstherapie | |
| Konzepte und klinische Anwendung | | |
| Evidenz und Anwendung von physikalischer Therapie bei verschiedenen Krankheitsbildern, insbesondere | | |
| - Wechselwirkungen der Therapiemittel untereinander und mit anderen Therapieformen | | |
| - Dosierung der einzelnen Therapiemittel | | |

* Zutreffendes ankreuzen

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | Kann vermittelt werden* |
|--|---|-------------------------|
| - Dauer von Therapieserien | | |
| | Auswahl, Kontraindikationen und Indikationsstellung sowie Verordnungsweise von Therapiemitteln der physikalischen Therapie bei Krankheitsbildern aus verschiedenen klinischen Bereichen | |

* Zutreffendes ankreuzen