

**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  
(wird von LÄK ausgefüllt) \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Teilgebietsanerkennung  
(wird von LÄK ausgefüllt) \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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*
<b>Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie</b>		
Wirkungsmechanismen der Physikalischen Therapie		
Einsatz von Physikalischer Therapie in Prävention, Therapie und Rehabilitation		
Grundlagen der Rehabilitation		
Heilmittelrichtlinie		
<b>Krankengymnastik und Bewegungstherapie</b>		
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	
<b>Hydrotherapie</b>		
Therapiemethoden, Therapiemittel, Anwendungsformen, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen der Hydrotherapie		
	Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von Hydrotherapie	
<b>Thermotherapie</b>		
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*
<b>Massage- und Entstauungstherapie</b>		
Therapiemethoden, Therapiemittel, Anwendungsformen, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen von Massagen und Entstauungstherapie einschließlich Kompressionstechniken		
	Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von Massagen und Entstauungstherapie	
<b>Elektrotherapie und Ultraschalltherapie</b>		
Therapiemethoden, Therapiemittel, Anwendungsformen, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen von Elektrotherapie und Ultraschalltherapie		
	Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von Elektrotherapie und Ultraschalltherapie	
<b>Ergotherapie</b>		
Definition, Grundprinzipien, Techniken der Ergotherapie und deren Ziele		
	Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von Ergotherapie	
<b>Weitere physikalische Therapieverfahren</b>		
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	
<b>Konzepte und klinische Anwendung</b>		
Evidenz und Anwendung von physikalischer Therapie bei verschiedenen Krankheitsbildern, insbesondere		
- Wechselwirkungen der Therapiemittel untereinander und mit anderen Therapieformen		
- Dosierung der einzelnen Therapiemittel		

\* Zutreffendes ankreuzen

<b>Kognitive und Methodenkompetenz</b> Kenntnisse	<b>Handlungskompetenz</b> 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