

---

**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung  
nach WBO 2011/ WBO 2020 zum Facharzt/im Teilgebiet/ in der Zusatz-Weiterbildung**

---

(Bitte genaue Bezeichnung angeben.)

**zur Komplementierung der Arbeitszeiten**

**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 Weiterbildungsstätte/n**

Name \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Abt. \_\_\_\_\_ Abt. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

---

**Weiterbildungsleiter, welcher komplementiert werden soll:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

**B. Berufliche Angaben des Antragstellers**

Dienststellung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

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

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

Anerkennung von Teilgebietsbezeichnungen  
(wird von LÄK ausgefüllt)

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

Anerkennung von Zusatzbezeichnungen  
(wird von LÄK ausgefüllt)

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

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

**C.** Bitte fügen Sie bei Erstantragstellung Ihren **Beruflichen Werdegang** stichwortartig als **Anlage 1** bei.**D. Vertretung**

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 \***E. Beantragt werden**

Der Umfang der Weiterbildungsermächtigung orientiert sich an der Weiterbildungsermächtigung des Weiterbildungsleiters, welcher komplementiert werden soll. Gleiches gilt für die vermittelbaren Kompetenzen.

\_\_\_\_\_  
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.

Haben Sie Ihren beruflichen Werdegang beigefügt?

\* Zutreffendes ankreuzen

**Zustimmung Weiterbildungsleiter, welcher komplementiert werden soll:**

Ich (Titel, Name, Vorname) \_\_\_\_\_

stimme der gemeinsamen Beantragung mit (Titel, Name, Vorname) \_\_\_\_\_

zur Komplementierung meiner Arbeitszeiten zu. An den Voraussetzungen zur Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung hat sich nichts geändert.

Liegt ein gültiges Fortbildungszertifikat vor  ja  nein \* Gültigkeitsende \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ort/Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

Eine ganztägige und hauptberufliche Weiterbildung ist durch die Komplementierung der Arbeitszeiten wie folgt gewährleistet:

**Tätigkeit des angestellten Arztes am Praxisort** (Tabelle ist von beiden Antragstellern auszufüllen):

Wochentag	Stunden gesamt pro Woche:			
	vormittags		nachmittags	
	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

Ich versichere, dass vorstehende Angaben der Wahrheit entsprechen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personalabteilung**Tätigkeit des angestellten Arztes an der Klinik** (Tabelle ist von beiden Antragstellern auszufüllen):

Wochentag	Stundenzahl gesamt pro Woche:
	formal tägliche Stundenzahl pro Tag
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	
Samstag	
Sonntag	

Ich versichere, dass vorstehende Angaben der Wahrheit entsprechen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personalabteilung

\* Zutreffendes ankreuzen