

Antrag auf Erteilung einer Übergangsermächtigung zur Weiterbildung

.....
(Bitte genaue Weiterbildungsbezeichnung angeben.)

A Allgemeines

Titel:	Geburtsdatum:
Name, Vorname:	Geburtsname:
Staatsangehörigkeit:	Geburtsort:
Dienststellung	
Privatanschrift:	Telefon privat:
.....	E-Mail privat:
Dienstanschrift:	Telefon dienstlich:
.....	E-Mail dienstlich:

Anschrift/en der Weiterbildungsstätte/n

Anschrift Weiterbildungsstätte¹ 1

Dienstanschrift:	Abteilung:
.....

Anschrift Weiterbildungsstätte 2 (falls vorhanden)

Dienstanschrift:	Abteilung:
.....

Tätigkeitsumfang

Vollzeittätigkeit: ☐ ja ☐ nein

Wenn nein: Teilzeittätigkeit: ☐ ja* ☐ nein *

*wenn ja: Anzahl der Stunden pro Woche:

¹ Die Weiterbildungsstätte ist die Organisationseinheit, in der Sie tätig sind.

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung²

☐ ja ☐ nein *

Wenn ja, mit wem:

Anschrift

.....

Abteilung

Medizinisches Versorgungszentrum

Werden Weiterbildungsinhalte **auch** an einem Medizinischem Versorgungszentrum vermittelt?

☐ ja ☐ nein

Sind Sie / Ihr Mitermächtigter (**auch**) an einem Medizinischem Versorgungszentrum tätig?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit:

als:

Leiter des MVZ:

B Tätigkeit in der beantragten Bezeichnung – bitte beruflichen Werdegang beifügen

Waren Sie in den letzten **3 Jahren** regelmäßig in der beantragten Bezeichnung tätig? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, gab es Unterbrechungen (> 6 Wochen)? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte angeben:

Unterbrechung von – bis

Grund der Unterbrechung

.....

.....

.....

C Vertretung

Wer vertritt Sie im Fall Ihrer Abwesenheit von mehr als 6 Wochen?³

Vorname, Name:

Abteilung:

Dienststellung:

Ihr Vertreter ist zwingend über die Antragstellung zu informieren.

² Hierbei handelt es sich nicht um eine Vertretung, sondern um eine gleichrangige Beteiligung. Dies hat unter anderem zur Folge, dass Weiterbildungszeugnisse gemeinsam unterzeichnet werden müssen.

³ Ein Vertreter ist zwingend zu benennen.

D Weiterbildungsermächtigung

Für Ihre Weiterbildungsermächtigung wird vorerst grundsätzlich die Weiterbildungsermächtigung Ihres Vorgängers zu Grunde gelegt. Sie können nach Erteilung der Ermächtigung jederzeit einen Antrag auf Erweiterung Ihrer Weiterbildungsermächtigung stellen. Hierfür sind grundsätzlich aktuelle statistische Angaben Ihrer Organisationseinheit für mindestens ein halbes Jahr erforderlich.

Sie erhalten Ihre Weiterbildungsermächtigung für alle gültigen Weiterbildungsordnungen.

Bestand vor Ihnen eine Weiterbildungsermächtigung an der Organisationseinheit?

☐ ja ☐ nein

Wenn **nein**: In welchem Umfang beantragen Sie die Weiterbildungsermächtigung?

.....

Hat sich an der Struktur Ihrer Abteilung / Klinik⁴ seit Ihrer Einstellung etwas Grundlegendes geändert?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Was hat sich geändert:

.....

.....

Wer war Ihr Vorgänger an der Weiterbildungsstätte?⁵

Vorname, Name:

Abteilung:

Mit folgender Unterschrift erkläre ich, dass ich

1. vorstehende Angaben vollständig und der Wahrheit entsprechend getätigt habe.
2. ich den Antrag auf Erteilung der Weiterbildungsermächtigung verbindlich stelle.
3. damit einverstanden bin, dass die LÄKT mittels E-Mail Kontakt zu mir aufnehmen kann (*bitte ankreuzen*).
Ja ☐ Nein ☐
4. damit einverstanden bin, dass die angegebene E-Mail-Adresse auf der Internetseite der LÄKT veröffentlicht wird (*bitte ankreuzen*).
Ja ☐ Nein ☐
5. der Bekanntgabe von Bescheiden und der Übermittlung anderer Dokumente der Landesärztekammer Thüringen im Mitglieder-Portal stimme ich zu.
Ja ☐ Nein ☐
6. sämtliche Angaben vollständig und der Wahrheit entsprechend getätigt habe.
7. gleichzeitig die Zulassung meiner Organisationseinheit als Weiterbildungsstätte beantrage. Mir ist bewusst, dass hierfür Kosten entstehen können.
damit einverstanden bin, dass die LÄKT für mich automatisch mit Erlangung der Weiterbildungsermächtigung einen eLogbuch-Zugang anlegt.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift/Stempel

⁴ Krankheits- und Leistungsspektrum, personelle Besetzung oder Ähnliches

⁵ Der Vorgänger ist zwingend zu benennen.