



Erweiterungsantrag auf Erteilung einer Übergangsermächtigung zur Weiterbildung

.....
(Bitte genaue Bezeichnung 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

| | |
|------------------------|------------------|
| 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 Aktuelle Weiterbildungsermächtigung

Welchen **Umfang** hat Ihre aktuelle Weiterbildungsermächtigung?

Falls vorhanden, welche **Auflagen**³ hat Ihre Weiterbildungsermächtigung?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

ja nein

Wenn ja: Was hat sich geändert:.....

.....

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 Auflagen finden Sie in Ihrem Weiterbildungsermächtigungsbescheid auf der 1. oder 2. Seite nach der Überschrift „Auflage“

⁴ Krankheits- und Leistungsspektrum, personelle Besetzung oder Ähnliches

C Erweiterung

Welchen **Umfang** soll Ihre Weiterbildungsermächtigung **zukünftig** erfassen?..... Monate

Ist in diesem Umfang einer der folgenden **Abschnitte** mit enthalten, dann kreuzen Sie diesen bitte entsprechend an:

Intensivstation

Notfallaufnahme

Bitte **begründen** Sie, warum Sie eine umfangreichere Weiterbildungsermächtigung erhalten sollen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sollten Sie den erweiterten Umfang mit einer Fallzahlsteigerung begründen, legen Sie hierfür bitte entsprechende Fallzahlstatistiken (ICD-10-Statistik, ICPM-Katalog, EBM oder OPS-Statistik. Fallzahl meint die Behandlung desselben Patienten mit derselben Erkrankung und derselben medikamentösen Tumortherapie) von mindestens 12 Monaten vor.

Zudem ist ein Auszug aus der **Kompetenztabelle** erforderlich. In dieser sind die durch Sie vermittelbaren Kompetenzen mittels eines Kreuzes zu kennzeichnen. In der Spalte hinter dem Kreuz sind die jeweiligen Fallzahlen der Organisationseinheit / Abteilung (bei weisem Hintergrund) im vorgegebenen Erfassungszeitraum anzugeben. Diese müssen der Menge entsprechen, die auch statistisch nachgewiesen wurde.

Die Landesärztekammer Thüringen behält sich das Recht vor, ergänzende Unterlagen anzufordern.

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. gleichzeitig die Zulassung meiner Organisationseinheit als Weiterbildungsstätte beantrage. Mir ist bewusst, dass hierfür Kosten entstehen können.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift/Stempel