



**Erweiterungsantrag für eine bestehende Weiterbildungsermächtigung für die
Bezeichnung**

.....
(Bitte genaue Bezeichnung der Weiterbildungsordnung angeben.)

1 Allgemeines

1.1 Persönliche Angaben

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

Dienstanschrift:	.....	Telefon dienstlich:	.....
	.....	E-Mail dienstlich:	.....

1.2 Anschrift/en der Weiterbildungsstätte/n

Anschrift der 1. Weiterbildungsstätte¹

Dienstanschrift:	.....	Abteilung:	.....

Anschrift der 2. Weiterbildungsstätte (*falls vorhanden*)

Dienstanschrift:	.....	Abteilung:	.....

1.3 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.

1.4 Verbund/Gemeinsame Ermächtigung² ja nein

Wenn ja, mit wem:

Anschrift:

.....

Abteilung:

1.5 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:

2 Aktuelle Weiterbildungsermächtigung

Welchen **Umfang** hat Ihre aktuelle Weiterbildungsermächtigung?

Falls vorhanden, welche **Auflagen²** hat Ihre Weiterbildungsermächtigung?

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

Hat sich an der Struktur Ihrer Abteilung / Klinik³ seit Ihrer Einstellung etwas Grundlegendes geändert?

ja nein

Wenn ja: Was hat sich geändert:

.....
.....

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

³ Krankheits- und Leistungsspektrum, personelle Besetzung oder Ähnliches

Sollten Sie den erweiterten Umfang mit einer Fallzahlsteigerung begründen, legen Sie hierfür bitte entsprechende Fallzahlstatistiken⁴ (ICD-10-Statistik, ICPM-Katalog, EBM oder OPS-Statistik) 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. 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.
 Ja Nein
5. der Bekanntgabe von Bescheiden und der Übermittlung anderer Dokumente der Landesärztekammer Thüringen im Mitglieder-Portal zustimme.
 Ja Nein
6. einverstanden bin, dass meine personenbezogenen Daten gemäß der Datenschutzerklärung verarbeitet werden ([Datenschutz | Landesärztekammer Thüringen](#)). Ich wurde über mein Recht auf Widerruf informiert.
 Ja Nein
7. sämtliche Angaben vollständig und der Wahrheit entsprechend getätigt habe.
8. gleichzeitig die Zulassung meiner Organisationseinheit als Weiterbildungsstätte beantrage. Mir ist bewusst, dass hierfür Kosten entstehen können.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift/Stempel

⁴ Fallzahl meint die Behandlung desselben Patienten mit derselben Erkrankung und derselben medikamentösen Therapie)