Landesärztekammer Thüringen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40
07707 Jena

Telefon: 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 Andrologie

A. Allgemeines

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

E-Mail: _____

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: _____

_____

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Bitte benennen Sie namentlich für die folgenden Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik <u>einen</u> entsprechend qualifizierten Arzt, der für diese Untersuchungen verantwortlich zeichnet.

Sonographische Untersuchungen der männlichen Genitale

_____

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

D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Klinik/Abteilung

<u>Ambulanter Bereich</u>

Besteht an der Einrichtung eine Spezialsprechstunde Andrologie? ☐ ja ☐ nein *

Wenn ja, wie gestaltet sich diese inhaltlich und zeitlich?

_____

_____

_____

Fachambulanz ☐ ja ☐ nein *

Sonstiges (z. B. MVZ) _____

_____

E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

1. Zahl der Ärzte

Fachärzte (gesamt VK) _____ davon mit Zusatzbezeichnung _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____

F. Statistische Angaben (nur Andrologie) (siehe Teil 2)

G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Teil 2)

H. Apparative und Diagnostische Ausstattung

B-Mode-Sonographie ☐ ja ☐ nein *

Doppler-Sonographie ☐ ja ☐ nein *

Farbduplex-Sonographie ☐ ja ☐ nein *

Transrektale Sonographie-Untersuchung ☐ ja ☐ nein *

I. Sonstige Einrichtungen

Spermatologisches Labor an der Einrichtung ☐ ja ☐ nein *

Kooperierende Abteilung ☐ ja ☐ nein *

Pathologie ☐ ja ☐ nein *

Kooperierende Abteilung ☐ ja ☐ nein *

Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit reproduktionsmedizinischen Zentren ☐ ja ☐ nein *

Wenn ja, mit wem und in welcher Form?

_____

_____

_____

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
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

L. Weiterbildungsprogramm (siehe **Anlage 2**)

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung (mindestens 6 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

Vollumfängliche Vermittlung der gemäß Weiterbildungsordnung
für das Land Thüringen vom 18.03.2020 geforderten Inhalte ☐ ja ☐ nein *

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Andrologie

Mit folgender Unterschrift erkläre ich, dass ich

1. den Antrag auf Erteilung der Weiterbildungsermächtigung verbindlich stelle.

2. damit einverstanden bin, dass die LÄKT mittels E-Mail Kontakt zu mir aufnehmen kann (*bitte ankreuzen*).

☐ Ja ☐ Nein

3. damit einverstanden bin, dass die angegebene E-Mail-Adresse auf der Internetseite der LÄKT veröffentlicht wird.

☐ Ja ☐ Nein

4. der Bekanntgabe von Bescheiden und der Übermittlung anderer Dokumente der Landesärztekammer Thüringen im Mitglieder-Portal zustimme.

☐ Ja ☐ Nein

5. einverstanden bin, dass meine personenbezogenen Daten gemäß der Datenschutzerklärung verarbeitet werden (Datenschutz | Landesärztekammer Thüringen). Ich wurde über mein Recht auf Widerruf informiert.

☐ 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.

_____ _____
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 beigefügt?

☐ Beruflicher Werdegang
☐ Leistungsstatistik
☐ Weiterbildungsprogramm

Teil 2

Zeitraum von _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

F. Statistische Angaben

Klinik/Abteilung

Fallzahl pro Jahr _____

vertragsärztliche Versorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Anlage 3)

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift/Stempel

Anlage 2

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung in **der Zusatz-Weiterbildung Andrologie.**
- Das Weiterbildungsprogramm ist die individuelle Umsetzung der gemäß Richtlinie zum Inhalt der Weiterbildung geforderten Weiterbildungsinhalte in einen konkreten internen Ablaufplan für den Arzt in Weiterbildung in seiner Weiterbildungseinrichtung. Bitte stellen Sie zeitlich und inhaltlich gegliedert dar, welche Weiterbildungsinhalte in welchen Weiterbildungsabschnitten der (beantragten) Weiterbildungszeit unter Ihrer Leitung dem Arzt in Weiterbildung vermittelt werden können.
- Dieses Programm ist dem Weiterzubildenden auszuhändigen.

Weiterbildungsleiter:

Name _____

Weiterbildungsprogramm (Ablauf/Rotationsplanung):

Inhaltliche Gliederung	ggf. Angaben zum Zeitraum, in dem die jeweiligen Inhalte vermittelt werden

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift/Stempel

Anlage 3

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Andrologie		
	Prävention und Früherkennung andrologischer Krankheitsbilder	
Psychogene Symptome, somatopsychische Reaktionen und psychologische Führung andrologischer Patienten		
Hormonelle Störungen		
	Erkennung, Diagnostik und Therapie der Pubertas tarda	
	Erkennung, Diagnostik und Therapie des endokrinen Hypogonadismus, auch beim alternden Mann	
	Erkennung, Diagnostik und konservative Therapie der Gynäkomastie	
Endokrinologische Diagnostik und Therapie andrologischer Erkrankungen, Indikation zu diagnostischen Funktionstesten		
Infertilität und ungewollte Kinderlosigkeit		
	Erkennung, Diagnostik und Therapie der männlichen Infertilität	
	Diagnostik, Beratung und Therapie entzündlicher Erkrankungen des männlichen Genitale bei Infertilität	
	Interdisziplinäre Indikationsstellung für Verfahren der assistierten Reproduktion	
	Beratung des Paares bei ungewollter Kinderlosigkeit	
	Andrologische Beratung, auch onkologischer Patienten, bezüglich Kryokonservierung von Spermatozoen und Hodengewebe	
Sexualmedizinische Aspekte		
	Diagnostik und Therapie von Störungen der Erektion, der Libido, der Ejakulation und der Kohabitation einschließlich sexualmedizinischer Beratung	
	Beratung zur männlichen Kontrazeption	

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*
Diagnostik und Therapie		
	Sonographische/Duplexsonographische Untersuchungen des männlichen Genitale einschließlich Hoden, Nebenhoden, Skrotalgefäße, Penis	
	Ejakulatuntersuchungen nach WHO-Vorgaben einschließlich Spermaaufbereitungsmethoden	
Grundlagen andrologischer hereditärer Krankheitsbilder		
	Indikationsstellung zur humangenetischen Diagnostik und Beratung bei andrologischen Fragestellungen	
	Einordnung des histologischen Ergebnisses der Hodenbiopsie in das Krankheitsbild	
Indikationen und Prinzipien andrologisch relevanter Operationen, z. B. Varikozelenoperation, Hodenbiopsie einschließlich testikuläre Spermienextraktion, mikrochirurgische epididymale Spermienaspiration, Vasektomie, Refertilisierung, Korporoplastik, Schwellkörperimplantat		

*** Zutreffendes ankreuzen**