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 Phlebologie

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 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: _____

_____

*** Zutreffendes ankreuzen**

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Bitte benennen Sie namentlich für die folgende Untersuchung in der Ultraschalldiagnostik einen entsprechend qualifizierten Arzt, der für dieses Anwendungsgebiet verantwortlich zeichnet.

Doppler- / Duplex-Sonographie des Venensystems

_____

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

D. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

1. Zahl der Ärzte (gesamt VK) _____

Fachärzte (gesamt VK) _____

davon mit Anerkennung der Zusatzbezeichnung Phlebologie _____

Weiterbildungsassistenten für Phlebologie (gesamt VK) _____

E. Statistische Angaben **(siehe Teil 2)**

F. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz **(siehe Teil 2)**

G. Liste des Instrumentariums (als **Anlage 2** beifügen)

Geräteausstattung zur phlebologischen Diagnostik und Therapie der eigenen Klinik/Abteilung/vertragsärztlichen Versorgung

H. Sonstige Einrichtungen

Chirurgie des epifaszialen Venensystems ☐ ja ☐ nein *

Leiter _____

I. 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
_____	_____
_____	_____
_____	_____

*** Zutreffendes ankreuzen**

_____ _____

_____ _____

_____ _____

J. Weiterbildungsprogramm (siehe **Anlage 3**)

Strukturierung der Weiterbildung mit Zuordnung der jeweils vermittelbaren Inhalte.

K. 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 *

*** Zutreffendes ankreuzen**

L. Beantragt wird

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

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Phlebologie

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
☐ Weiterbildungsprogramm
☐ Liste des Instrumentariums
☐ statistische Angaben

*** Zutreffendes ankreuzen**

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

E. Statistische Angaben

Klinik/Abteilung

Fallzahl pro Jahr _____

vertragsärztliche Versorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

F. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe **Anlage 4**)

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift/Stempel

*** Zutreffendes ankreuzen**

Anlage 3

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung in der **Zusatz-Weiterbildung Phlebologie.**
- 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

*** Zutreffendes ankreuzen**

Anlage 4

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Phlebologische und Lymphgefäß-Erkrankungen			
	Erkennung, Behandlung und Nachbehandlung venöser Thromboembolien einschließlich der Antikoagulation		
	Behandlung der chronischen Veneninsuffizienz und ihrer Komplikationen einschließlich des Ulcus cruris		
	Behandlung des Lymphödems der Extremitäten		
Erkrankungen in der Endstrombahn, z. B. Akrozyanose, Raynaud-Syndrom			
Diagnostische Verfahren			
	Dopplersonographie des Venensystems		
	Duplexsonographie des Venensystems		
	Durchführung und Befunderstellung von Funktionsuntersuchungen, z. B. Photoplethysmographie, Venenverschlussplethysmograhie, Phlebodynamometrie		
	Bestimmung des Knöchel-Arm-Index		
Therapeutische Verfahren			
	Sklerosierungstherapie		
	Indikationsstellung und Durchführung von		
	- Kompressionsverbänden		
	- apparativen intermittierenden Kompressionsbehandlungen		
	- speziellen lymphologischen Kompressionsverbänden		
	Verordnung und Überwachung von Kompressionsstrümpfen		
Eingriffe am epifaszialen Venensystem der unteren Extremitäten, z. B. Phlebektomie, Varikotomie, Miniphlebochirurgie, endovenös-ablative Verfahren, Krossektomie, Stripping, Perforantenligatur			

*** Zutreffendes ankreuzen**