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 Proktologie

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: _____

_____

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

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

D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Klinik/Abteilung

Bettenzahl gesamt _____

davon Erwachsene _____ Kinder _____

Ambulanz ☐ ja ☐ nein *

E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

1. Zahl der Ärzte

Fachärzte (gesamt-VK) _____ davon mit ZB Proktologie _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt-VK) _____ davon mit Gebietsbezeichnung _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Gesundheits- und Krankenpfleger _____

Arzthelferinnen/MFA _____

Sonstiges Assistenzpersonal (Rö., MZA, EKG, Diät, Labor, Physio-/Ergotherapie etc.) _____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

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

H. Sonstige Einrichtungen

Röntgenabteilung am Haus vorhanden ☐ ja ☐ nein *

Kooperierende Einrichtung ☐ ja ☐ nein *

Anästhesiologie am Haus vorhanden ☐ ja ☐ nein *

Kooperierende Einrichtung ☐ ja ☐ nein *

Pathologie am Haus vorhanden ☐ ja ☐ nein *

Kooperierende Einrichtung ☐ ja ☐ nein *

*** Zutreffendes ankreuzen**

I. Weiterbildung

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte Fortbildungsveranstaltungen (hausintern, extern, überregional) abgehalten? (ggf. als Anlage beifügen) ☐ ja ☐ nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung	Wochenstunden
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung (mindestens 6 Monatsabschnitte) mit Zuordnung der jeweils vermittelbaren Inhalte.

L. 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**

M. Beantragt werden

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

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Proktologie

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
☐ Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz
☐ Weiterbildungsprogramm

*** Zutreffendes ankreuzen**

Teil 2

Zeitraum vom _____ **bis** _____ (12 Monate)

F. Statistische Angaben

Klinik/Abteilung

Fallzahl pro Jahr _____

Klinische Konsiliartätigkeit ☐ ja ☐ nein *

Wo _____

Belegbetten ☐ ja ☐ nein * Zahl _____

Wo _____

vertragsärztliche Versorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

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

Die geforderten Zahlen sind anhand eines entsprechenden Auszug des ICPM-Kataloges und /oder EBM/GOÄ erstellt und mit Unterschrift vom Controlling nachzuweisen.

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift/Stempel

*** Zutreffendes ankreuzen**

Anlage 2

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung in der Zusatz-Weiterbildung **Proktologie.**
- 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 3

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Proktologische Untersuchung			
	Diagnostik von proktologischen Erkrankungen		
	- digitale Austastung		
	- Spekulumuntersuchung des Analkanals		
	- Proktoskopie		
	- Rektoskopie		
Analfissur			
Differentialdiagnose und Therapieoptionen der akuten und chronischen Analfissur			
	Durchführung konservativer Fissurbehandlung		
	Mitwirkung bei operativer Fissurbehandlung		
Peri- und intraanale Geschwülste			
Differentialdiagnose und Therapieoptionen peri- und intraanaler Geschwülste			
	Exzision von kleineren peri- und intraanalen Geschwülsten, z. B. Thrombose, Mariske, hypertrophe Analpapille		
Hämorrhoidalleiden			
Prophylaxe, Differentialdiagnose und Therapieoptionen des Hämorrhoidalleidens			
	Konservative Behandlung des Hämorrhoidalleidens, z. B. Verödung, Gummibandligatur		
	Mitwirkung bei operativer Hämorrhoidentherapie		

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Analfisteln			
Differentialdiagnose und Therapieoptionen von Analfisteln			
	Aufsuchen und Sondierung von Analfisteln und Krypten einschließlich Fadendrainagen		
	Mitwirkung bei operativer Fistelbehandlung		
Analabszess, Sinus pilonisalis, Akne Akne inversa			
Differentialdiagnose und Therapieoptionen			
	Mitwirkung bei operativer Therapie eines Analabszesses, Sinus pilonidalis und der Akne inversa		
Analekzem, anale Dermatosen, anorektale Geschlechtskrankheiten			
Differentialdiagnose und Therapieoptionen bei Analekzem, analen Dermatosen, anorektalen Geschlechtskrankheiten			
	Behandlung des Analekzems, analer Dermatosen und anorektaler Geschlechtskrankheiten		
Stoma			
Stomaarten und Indikationen zur Stomaanlage			
	Versorgung und Beratung von Stomaträgern		
Maligne Tumore			
Differentialdiagnose und Therapieoptionen bei Rektumkarzinom und Analkarzinom			
	Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung bei Verdacht auf Malignom		
	Nachsorge bei malignen Tumoren		

Die geforderten Zahlen sind anhand eines entsprechenden Auszuges des ICPM-Kataloges und /oder EBM/GOÄ erstellt und mit Unterschrift vom Controlling nachzuweisen.

*** Zutreffendes ankreuzen**