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 Rehabilitationswesen

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 _____

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

D. Angaben zum Tätigkeitsbereich (ggf. Anlage)

Differenzierung, ob gutachterliche oder klinische Tätigkeit, welche Krankheitsbilder und Altersgruppen rehabilitativ behandelt werden (Diagnose und Altersstatistik) und welche Methoden bei klinischer Tätigkeit praktiziert werden (Methodenübersicht / angewandte Therapieprinzipien)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

E. Belegende Rehabilitationsträger

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Anzahl der Betten _____ Anzahl der Patienten / Jahr _____

*** Zutreffendes ankreuzen**

Formaler Status:

Sanatorium* ☐ ja ☐ nein * **Kurklinik*** ☐ ja ☐ nein *

Fach- bzw. Schwerpunktklinik* ☐ ja ☐ nein *

Reha teilstationär ☐ ja ☐ nein * **Reha ambulant** ☐ ja ☐ nein *

Zusätzlich für Praxen:

Art der Praxis: Einzelpraxis ☐ ja ☐ nein *

Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft ☐ ja ☐ nein *

(bei Gemeinschaftspraxis: welche Gebiets-, Teilgebiets- bzw. Zusatzbezeichnung wird von dem/den Praxiskollegen geführt?

_____

_____

durchschnittliche Patientenzahl pro Quartal _____

F. Personelle Besetzung der Weiterbildungsstätte

1. Zahl der Ärzte

Fachärzte (gesamt VK) _____

davon mit Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____

2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals

Gesundheits- und Krankenpfleger/Arzthelferinnen/MFA _____

MTA _____

Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Sporttherapeuten _____

Masseure/Medizinische Bademeister _____

Ergotherapeuten _____

Logopäden _____

Musiktherapeuten _____

Diplom-Psychologen _____

Heilpädagogen _____

Sozialarbeiter _____

Ernährungstherapeut _____

Weiteres med. Assistenzpersonal _____ _____

*** Zutreffendes ankreuzen**

G. Ausstattung/Kooperation der Weiterbildungsstätte (hinsichtlich Rehabilitationswesen) (ggf. Ergänzungen als **Anlage 2** beifügen)

Rehabilitationsmedizinische Dokumentation und Statistik ☐ ja ☐ nein *

Medizinisch-Klinisches Labor ☐ ja ☐ nein *

Kooperierende Abteilung ☐ ja ☐ nein *

Röntgeneinrichtung ☐ ja ☐ nein *

Kooperierende Abteilung ☐ ja ☐ nein *

Lungen- und Kreislauffunktionslabor ☐ ja ☐ nein *

Andere Funktionslabors (z. B. Audiometrie, Sehprüfung, Gangschule) ☐ ja ☐ nein *

Wenn ja, welche:

_____

_____

Rehabilitative Einrichtungen (einzelne Therapiedisziplinen, therapeutische Abteilungen einer Reha-Klinik) (ggf. gesonderte Aufstellung als **Anlage 3** beifügen)

_____

_____

_____

H. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (Anlage 5)

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
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

K. Weiterbildungsprogramm (siehe **Anlage 4**)

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung mit Zuordnung der jeweils vermittelbaren Inhalte.

*** Zutreffendes ankreuzen**

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 *

M. Beantragt werden

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

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Rehabilitationswesen

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
☐ Ausstattung der Weiterbildungsstätte
☐ Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

*** Zutreffendes ankreuzen**

Anlage 4

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung in **der Zusatz-Weiterbildung Rehabilitationswesen.**
- 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 5

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Gemeinsame Inhalte für die Zusatz-Weiterbildungen Rehabilitationswesen und Sozialmedizin			
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Rehabilitationswesen			
Ethische und juristische Aspekte für die Tätigkeit als Sachverständiger			
	Anwendung des biopsychosozialen Modells der WHO bei der Beurteilung von Funktionsfähigkeit unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren sowie Erstellung von Funktionsdiagnosen		
Begriffsbestimmung und Konzepte der Sozial- und Rehabilitationsmedizin einschließlich der Behindertenrechtskonvention der UN			
Begriffsdefinitionen und Abgrenzung der Gesundheitsstrategien Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege			
Soziale Sicherungssysteme und Versorgungsstrukturen			
Prinzipien des Gesundheits- und Sozialsystems und deren Interaktion			
	Anwendung des trägerübergreifenden Teilhabebegriffs und Steuerung von trägerspezifischen und trägerübergreifenden Teilhabeleistungen		
Epidemiologie, Dokumentation, Statistik und Gesundheitsberichterstattung			
Sozialleistungsträger und ihre Aufgaben und Schnittstellen gemäß Sozialgesetzbuch			
	Anwendung der gesetzlichen Vorschriften und leistungsrechtlichen Begriffe im gegliederten System der sozialen Sicherung		
Strukturen und Aufgaben privater Versicherungen zur sozialen Absicherung			
Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation			
Leistungsarten und Leistungsformen einschließlich Modellen der Prävention und Gesundheitsförderung			

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Organisationen und Institutionen in der Rehabilitation einschließlich Einrichtungen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation			
Theoriemodelle der Rehabilitation und Grundlagen der internationalen Richtlinien und Empfehlungen zu Behinderung und Rehabilitation			
	Begehung von Einrichtungen, davon		
	- Betriebe		
	- Rehabilitationseinrichtungen		
	- Berufsförderungswerke		
	- Einrichtungen der sozialen Rehabilitation		
Spezifische Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Rehabilitationswesen			
Begutachtung und Steuerung von Leistungen zur Rehabilitation			
Leistungsformenübergreifende Rehabilitationsplanung, Koordination der Leistungen, interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit			
Wesentliche Gesetze und Richtlinien, insbesondere Sozialgesetzbuch, Heil- und Hilfsmittelrichtlinien			
Institutionen der rechtlichen Auseinandersetzung, z. B. Schlichtungsstellen, Gerichte sowie deren Arbeitsweise			
	Gutachtenerstellung in Gerichts- und Schlichtungsverfahren		
	Gutachtenerstellung nach den Anforderungen der Leistungsträger		
	Indikationsstellung und Beratung zu rehabilitativen Leistungen bei Personen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern		
	Erstellung und kontinuierliche Anpassung von Rehabilitationsplänen einschließlich Case Management		
	Schnittstellenmanagement im Versorgungssystem		
Aufgaben und Interaktion der Berufsgruppen im Rehabilitationsteam			
	Leitung und Koordination eines interprofessionellen und patientenzentrierten Rehabilitationsteams einschließlich der Angehörigenarbeit		

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Medizinische Rehabilitation			
Versorgungsformen und Phasenmodelle der Rehabilitation einschließlich der Frührehabilitation, stationärer oder ganztags ambulanter Anschlussrehabilitation sowie Heilverfahren			
	Planung, Koordination und Beurteilung von stationären oder ganztags ambulanten Anschlussrehabilitationen und/oder Heilverfahren in Rehabilitationseinrichtungen, insbesondere		
	- patientenorientierte Rehabilitationsdiagnostik einschließlich indikationsbezogener Auswertung von Assessmentinstrumenten zur Selbst- und Fremdeinschätzung		
	- Indikationsstellung, Einleitung und Verlaufsbeurteilung von Therapien		
Formen und Inhalte der rehabilitativen Langzeitversorgung und Nachsorge			
	Planung, Koordination und Beurteilung von Leistungen zur Teilhabe in der Langzeitversorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten und langfristigen Behinderungen, insbesondere		
	- Verordnung von Nachsorgemaßnahmen wie Funktionstraining bzw. Rehabilitationssport		
	- Beurteilung des Leistungsvermögens, der Arbeitsunfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit		
Schulisch-pädagogische, berufliche und soziale Rehabilitation			
Versorgungsformen und Zugangskriterien der schulisch-pädagogischen Rehabilitation			
	Koordination von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in verschiedenen Einrichtungen der sozialen Rehabilitation		
Grundlagen des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie der Schnittstellen zu anderen präventiven und rehabilitativen Maßnahmen			
	Indikationsstellung und Einleitung beruflicher und/oder arbeitsplatzorientierter Rehabilitationsleistungen		

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
Technische Hilfen			
Technische Hilfen und Hilfsmittel für die Teilhabe am Arbeitsleben sowie für Aktivitäten des täglichen Lebens und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft			
	Erarbeitung von individuellen Empfehlungen für technische Hilfen und Adaptationen am Arbeitsplatz und/oder in der Wohnung		
Wirkungen und Verordnung körpernaher Hilfsmittel (Orthesen) sowie Grundlagen der Funktionsweise von Prothesen			
Grundlagen der Kommunikationstechnologien und assistierter Technologien			

*** Zutreffendes ankreuzen**