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 dem Teilgebiet Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

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 _____

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

Sonographie des Verdauungstraktes

_____

Doppler- / Duplex-Sonographie der Gefäße des Verdauungstraktes

_____

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

D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Klinik/Abteilung

Endoskopie ☐ ja ☐ nein *

Spezialambulanz ☐ ja ☐ nein *

Leiter _____

E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

1. Zahl der Ärzte

Fachärzte (gesamt VK) _____ davon mit Teilgebiet _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK)_____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

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

H. Sonstige Einrichtungen

Röntgenabteilung ☐ ja ☐ nein *

Kooperierende Abteilung ☐ ja ☐ nein *

Sonographie ☐ ja ☐ nein *

Kooperierende Abteilung ☐ ja ☐ nein *

Verfügt die Klinik über ein eigenes Ultraschallgerät? ☐ ja ☐ nein *

*** Zutreffendes ankreuzen**

Labor	☐ ja ☐ nein *
Kooperierende Abteilung	☐ ja ☐ nein *
Staatlich geprüfte Ernährungsberater/in	☐ ja ☐ nein *
Kooperierende Abteilung	☐ ja ☐ nein *

I. Weiterbildung

Werden für die in Weiterbildung stehenden Ärzte (hausinterne oder externe) Fortbildungsveranstaltungen abgehalten? (ggf. als Anlage beifügen) ☐ ja ☐ nein *

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

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

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung (mindestens 6 Monatsabschnitte) 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 *

L. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

*** Zutreffendes ankreuzen**

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
☐ Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
☐ Weiterbildungsprogramm

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

F. Statistische Angaben

Klinik/Abteilung

Fallzahl (Kinder- und Jugend-Gastroenterologie) pro Jahr _____

vertragsärztliche Versorgung

Durchschnittliche Fallzahl (Kinder- und Jugend-Gastroenterologie) pro Quartal _____

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

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift/Stempel

*** Zutreffendes ankreuzen**

Anlage 2

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung in dem Teilgebiet **Kinder- und Jugend-Gastroenterologie.**
- 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
Übergreifende Inhalte des Teilgbiets Kinder- und Jugend-Gastroenterologie			
	Diagnostik und Therapie angeborener Störungen der Verdauungsorgane sowie assoziierter Erkrankungen		
	Indikationsstellung zur genetischen Diagnostik		
	Koordination der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit		
	Langzeitversorgung in Kooperation mit spezialisierten Einrichtungen		
	Ernährungsberatung		
	Schulungsmaßnahmen unter Einbindung von Bezugspersonen		
	Einleitung von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen bei chronischen Erkrankungen		
	Indikationsstellung zur psychosozialen Therapie		
Palliativmedizinische Versorgung			
Indikationen für Impfungen unter Immunsuppression			
Hepatologische Erkrankungen			
	Weiterführende Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber und des Gallenwegsystems, davon		
	- entzündliche, infektiologische und autoimmune Erkrankungen		
	- metabolische und genetische Erkrankungen		
	- cholestatische Erkrankungen		
	Leberbiopsien		

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden	Zahlen Einrichtung
Chirurgische Verfahren, Leberersatzverfahren einschließlich Lebertransplantation und Steuerung der Immunsuppression			
Maligne hepatobiliäre Erkrankungen			
Gastroenterologische Erkrankungen			
	Weiterführende Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes und der Bauchspeicheldrüse, davon		
	- kongenitale Anomalien einschließlich genetisch bedingter Erkrankungen		
	- Motilitätsstörungen		
	- entzündliche Erkrankungen, z. B. Infektionen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Beteiligung bei immunologischen Erkrankungen		
	- Malabsorption, Maldigestion, Malassimilation		
	- Kurzdarmsyndrom, Darmversagen		
	- Nahrungsmittelunverträglichkeiten einschließlich Nahrungsmittelallergien		
	- gastrointestinale prämaligne Erkrankungen		
	- peptische Erkrankungen des Verdauungstraktes		
	- Bauchspeicheldrüsenentzündungen und Funktionseinschränkungen		
Chirurgische Verfahren einschließlich Dünndarmtransplantation und Steuerung der Immunsuppression			
Gastrointestinale maligne Erkrankungen			
Enterale und parenterale Ernährung			
	Erhebung und Beurteilung des Ernährungszustandes einschließlich Erkennung von Malnutrition und Fehlernährung		
	Indikationsstellung und Durchführung einschließlich Langzeit-Management von enteraler und parenteraler Ernährung sowie Eliminationsdiäten		

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden	Zahlen Einrichtung
Diagnostik			
	Obere Intestinoskopie einschließlich interventioneller Verfahren wie Fremdkörperextraktion, Ösophagusdilatation, blutstillender Maßnahmen und endoskopischer Sondenanlage, davon		
	- im Vorschulalter		
	Ileokoloskopie einschließlich interventioneller Verfahren, z. B. Polypektomie		
	Sonographien des Verdauungstraktes einschließlich Doppler-/Duplex-Sonographie der Gefäße des Verdauungstraktes		
	Funktionsdiagnostik, z. B. pH-Metrie, Atemtestverfahren, Manometrie, Impedanzmessung		
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von bildgebender Diagnostik des Verdauungstraktes		
	- Videokapselendoskopie		
	- Magnetresonanztomographie einschließlich Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie		
	- endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie		
	- radiologische Diagnostik einschließlich Computertomographie		
	- Szintigraphie		
	- (Doppel-)Ballonendoskopie		
	- Endosonographie		
Funktionelle Störungen des Verdauungstraktes			
	Weiterführende Diagnostik und Einleitung der Therapie bei funktionellen Störungen des Gastrointestinaltraktes		

*** Zutreffendes ankreuzen**