**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-Nephrologie

## 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 folgende Untersuchung in der Ultraschalldiagnostik einen entsprechend qualifizierten Arzt, der für dieses Anwendungsgebiet verantwortlich zeichnet.**

Doppler- / Duplex-Sonographie der Nierengefäße einschließlich bei Transplantatnieren

_____

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

## D. Struktur der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

**Klinik/Abteilung**

Gesamtbettenzahl der Kinderklinik _____

davon mit Intensivüberwachung _____

Ambulanz ☐ ja ☐ nein *

Leiter _____

KFH - Nierenzentrum ☐ ja ☐ nein * Anzahl der Dialysebetten _____

Leiter _____

## E. Personelle Besetzung der Klinik/Abteilung/vertragsärztliche Versorgung

**1. Zahl der Ärzte**

Fachärzte (gesamt VK) _____

davon mit der Bezeichnung Kinder und Jugend-Nephrologie _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____

**2. Zahl des medizinischen Assistenzpersonals**

Gesundheits- und Krankenpfleger _____

Arzthelferinnen/MFA _____

Diätassistenten _____

Psychologe _____

MTA Funktionsdiagnostik _____

*** Zutreffendes ankreuzen**

## E. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

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

## G. Sonstige Einrichtungen

| | |
|---|---|
| **Eigene Röntgenabteilung** | ☐ ja ☐ nein * |
| Kooperierende Einrichtung | ☐ ja ☐ nein * |
| **Sonographie** am Haus | ☐ ja ☐ nein * |
| Kooperierende Einrichtung | ☐ ja ☐ nein * |
| Verfügt die Abteilung über ein eigenes Ultraschallgerät? | ☐ ja ☐ nein * |
| **Labor** am Haus | ☐ ja ☐ nein * |
| Kooperierende Einrichtung | ☐ ja ☐ nein * |
| **Nuklearmedizin** | ☐ ja ☐ nein * |
| **Urologie/Kinderchirurgie** | ☐ ja ☐ nein * |

## H. Weiterbildung

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

| Art / Bezeichnung der Veranstaltung | Wochenstunden |
|---|---|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

## I. Weiterbildungsprogramm (siehe **Anlage 2**)

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

## J. 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**

## K. Beantragt werden

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Kinder- und Jugend-Nephrologie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung _____ Monate Kinder- und Jugend-Nephrologie

**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
☐ statistische Angaben
☐ Weiterbildungsprogramm

**Teil 2**

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

## E. Statistische Angaben

**Klinik/Abteilung**

Fallzahl (kindernephrologisch) pro Jahr _____

Klinische Konsiliartätigkeit ☐ ja ☐ nein *

Wo _____

**vertragsärztliche Versorgung**

Durchschnittliche (kindernephrologisch) Fallzahl pro Quartal _____

## F. 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-Nephrologie.**
- 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**<br>Kenntnisse | **Handlungskompetenz**<br>Erfahrungen und Fertigkeiten | Kann vermittelt werden | Zahlen Einrichtung |
|---|---|---|---|
| **Übergreifende Inhalte des Teilgebiets Kinder- und Jugend-Nephrologie** | | | |
| Grundlagen der Epidemiologie nephrologischurologischer Erkrankungen | | | |
| Molekulargenetische, embryologische, infektiologische und immunologische Grundlagen | | | |
| | Indikationsstellung zur genetischen Diagnostik | | |
| Wirkungsweise von und Indikationen für Immunsuppressiva und Biologika | | | |
| Indikationen für Impfungen unter Immunsuppression | | | |
| | 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 | | | |
| | Indikationsstellung und Befundinterpretation bildgebender Verfahren, z. B. Computertomographie, Röntgen-Untersuchungen, Magnetresonanztomographie, Sonographie und Szintigraphie | | |
| **Angeborene und hereditäre Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege** | | | |
| | Weiterführende Diagnostik und Therapie der angeborenen und hereditären Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege | | |

*** Zutreffendes ankreuzen**

| **Kognitive und Methodenkompetenz**<br>Kenntnisse | **Handlungskompetenz**<br>Erfahrungen und Fertigkeiten | Kann vermittelt werden | Zahlen Einrichtung |
|---|---|---|---|
| | Interdisziplinäre Indikationsstellung zu urologischchirurgischen Behandlungsverfahren | | |
| **Blasenentleerungsstörungen** | | | |
| | Weiterführende Diagnostik und Therapie von Blasenentleerungsstörungen | | |
| **Infektiöse Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege** | | | |
| | Diagnostik und Therapie der komplizierten Infektionen der Nieren und ableitenden Harnwege | | |
| **Glomerulopathien** | | | |
| | Weiterführende Diagnostik und Therapie des nephrotischen Syndroms | | |
| | Diagnostik und Therapie akuter und chronischer Glomerulopathien, auch im Rahmen von Systemerkrankungen | | |
| **Tubulopathien** | | | |
| | Weiterführende Diagnostik und Therapie von Tubulopathien | | |
| | Weiterführende Diagnostik und Therapie von Störungen des Wasser-, Elektrolyt- und SäureBasen-Haushaltes | | |
| **Tubulointerstitielle Erkrankungen** | | | |
| | Weiterführende Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Erkrankungen, Nephrokalzinosen und Nierensteinen | | |
| **Arterielle Hypertonie** | | | |
| | Weiterführende Diagnostik und Therapie bei arterieller Hypertonie | | |
| **Akutes Nierenversagen** | | | |
| Ursachen und Management | | | |
| | Weiterführende Diagnostik und Therapie bei akutem Nierenversagen | | |
| **Chronisches Nierenversagen** | | | |
| Ursachen und Management sowie Nephroprotektion | | | |

*** Zutreffendes ankreuzen**

| **Kognitive und Methodenkompetenz**<br>Kenntnisse | **Handlungskompetenz**<br>Erfahrungen und Fertigkeiten | Kann vermittelt werden | Zahlen Einrichtung |
|---|---|---|---|
| Neurokognitive Entwicklung | | | |
| | Diagnostik und Therapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich der hormonellen, metabolischen, ossären und kardiovaskulären Folgeerkrankungen | | |
| **Nierentransplantation** | | | |
| Ethische und rechtliche Aspekte | | | |
| | Immunsuppressive Therapie | | |
| | Differentialdiagnostik und Therapie infektiologischer Komplikationen | | |
| Therapieoptionen maligner Komplikationen | | | |
| | Differentialdiagnostik und Therapie von akuter und chronischer zellulärer und humoraler Transplantatabstoßung | | |
| Transplantationsstandards | | | |
| | Vorbereitung sowie prä- und postoperative Versorgung von Kindern mit Nierentransplantation | | |
| | Langzeitversorgung einschließlich Steuerung und Überwachung der immunsuppressiven Medikation | | |
| | Doppler-/Duplex-Untersuchungen der Transplantatnieren | | |
| **Pharmakotherapie bei Störungen der Nierenfunktion** | | | |
| | Medikamentöse Therapie bei Nierenfunktionseinschränkung einschließlich Monitoring | | |
| **Technische Verfahren** | | | |
| | Doppler-/Duplex-Untersuchungen der Nieren- und Abdominalgefäße einschließlich bei Transplantierten | | |
| | Sonographie der Halsgefäße als „vascular access“ für Blutreinigungsverfahren | | |
| | Shuntsonographie | | |
| | Nierenbiopsie einschließlich bei Transplantatnieren | | |

*** Zutreffendes ankreuzen**

| **Kognitive und Methodenkompetenz**<br>Kenntnisse | **Handlungskompetenz**<br>Erfahrungen und Fertigkeiten | Kann vermittelt werden | Zahlen Einrichtung |
|---|---|---|---|
| Grundlagen, Technik und Indikation von Blutreinigungsverfahren, Apheresemethoden, Entgiftungsverfahren, Peritonealdialyse und apparativer Nierenersatztherapie | | | |
| Dialyse-Standards | | | |
| | Hämodialyse und verwandte Techniken wie Filtration, Adsorption und Separation in unterschiedlichen Altersgruppen | | |
| | Peritonealdialyse in unterschiedlichen Altersgruppen | | |
| | Extrakorporale Blutreinigungsverfahren bei Intoxikationen, Stoffwechselerkrankungen, Stoffwechselkrisen | | |

*** Zutreffendes ankreuzen**