Landesärztekammer Thüringen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40
07707 Jena

Telefon: 03641 614-124
Fax: 03641 614-129
Internet: www.laek-thueringen.de
Email: weiterbildung@laek-thueringen.de

Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung in dem Teilgebiet Spezielle Orthopädische Chirurgie

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: _____

*** Zutreffendes ankreuzen**

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung ☐ ja ☐ nein *

Wenn ja, mit wem: _____

_____

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

Liegt die volle Weiterbildungsermächtigung für Orthopädie und Unfallchirurgie vor? ☐ ja ☐ nein *

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

D. Struktur der Klinik/Abteilung/vertragsärztlichen Versorgung

Klinik/Abteilung

Bettenzahl der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie _____

davon Erwachsene _____ Kinder _____

Intensivabteilung Fallzahl pro Jahr _____

IMC Fallzahl pro Jahr _____

Ambulanz ☐ ja ☐ nein *

Spezialabteilungen

_____ Fallzahl pro Jahr _____

_____ Fallzahl pro Jahr _____

_____ Fallzahl pro Jahr _____

*** Zutreffendes ankreuzen**

E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

1. Zahl der Ärzte (insgesamt) _____

Fachärzte (gesamt VK) _____ mit der Bezeichnung Spez. Orthopädische Chirurgie _____

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) _____

F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

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

H. Sonstige Einrichtungen der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Röntgen

Zentrale Röntgenabteilung ☐ ja ☐ nein *

Eigene Röntgenabteilung ☐ ja ☐ nein *

Kooperierende Einrichtung ☐ ja ☐ nein *

J. 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

Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Spezielle Orthopädische Chirurgie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für _____ Monate Spezielle Orthopädische Chirurgie

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
☐ Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

*** Zutreffendes ankreuzen**

Teil 2

Zeitraum von _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

F. Statistische Angaben

Fallzahl pro Jahr _____

Klinische Konsiliartätigkeit ☐ ja ☐ nein *

Wo _____

Belegbetten ☐ ja ☐ nein * Zahl _____

Wo _____

Vertragsärztliche Versorgung

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

Belegbetten ☐ ja ☐ nein * Zahl _____

Wo _____

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

Bitte fügen Sie einen entsprechenden Auszug des ICPM-Kataloges und /oder EBM/GOÄ erstellt und mit Unterschrift vom Controlling bei.

_____ _____

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 Spezielle Orthopädische Chirurgie.**
- 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 Teilgebiets Spezielle Orthopädische Chirurgie			
	Komplexe Zusammenhangsgutachten zu orthopädisch-chirurgischen Sachverhalten für Gerichte, Versicherungen, Schlichtungsstellen		
	Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich Differentialdiagnostik und Befundinterpretation apparativer Untersuchungsverfahren im Zusammenhang mit gebietsbezogenen Fragestellungen		
	Verordnung und Überwachung der technischen orthopädischen Versorgung nach komplexen Eingriffen		
Notfälle			
	Diagnostik und Therapie von akuten Lähmungserscheinungen sowie peri- und postoperativen Komplikationen einschließlich Infektionen		
Diagnostische Verfahren			
	Sonographische Untersuchungen der Bewegungsorgane einschließlich Arthrosonographie		
Degenerative Erkrankungen			
Schwere Deformitäten und degenerative Erkrankungen der Bewegungsorgane			
	Erkennung und konservative Behandlung einschließlich schmerztherapeutischer Maßnahmen bei schweren Deformitäten der Bewegungsorgane		
Sportschäden und Sportverletzungen			
	Diagnostik und Therapie komplexer sportorthopädischer Erkrankungen und Verletzungen, Sportschäden und Überlastungsschäden der Bewegungsorgane		
Entzündungen/Infektionen			
Epidemiologische Grundlagen und Hygienemaßnahmen zur Prävention nosokomialer und anderer Infektionen der Bewegungsorgane			

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
	Diagnostik und Therapie von Knochen-, Gelenk- und Weichteilinfektionen		
Tumorerkrankungen			
	Behandlung von muskuloskelettalen Tumoren und Metastasen, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit		
	Eingriffe bei Knochen- und Weichteiltumoren unter Berücksichtigung der Unterschiede in den verschiedenen Altersstufen		
Operative Eingriffe an der Wirbelsäule			
	Behandlung von komplexen Wirbelsäulenerkrankungen		
Dorsoventrale Eingriffe mit und ohne Fusion			
	Operative Eingriffe bei Bandscheibenvorfall, engem Spinalkanal		
	Eingriffe mit und ohne Fusion sowie Revisionseingriffe an der Wirbelsäule		
Operative Eingriffe am Becken			
Techniken der operativen Behandlung von Erkrankungen im Beckenbereich und Alternativen			
	Erste Assistenz bei großen Beckeneingriffen, z. B. Tumorresektionen, Hemipelvektomien		
	Knöcherne Eingriffe am Becken, z. B. Beckenosteotomien, Acetabuloplastiken, Knochenaufbau bei Pfannenwechseln		
Operative Eingriffe an den oberen Extremitäten			
	Operative Eingriffe an Schulter, Oberarm, Ellbogen, davon		
	- arthroskopische Operationen		
	- offene Eingriffe einschließlich Gelenkersatz		
Operative Eingriffe an den unteren Extremitäten			
	Operative Eingriffe am Hüftgelenk, davon		
	- Weichteileingriffe einschließlich arthroskopische Operationen		

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
	- primäre Endoprothesen-Implantation bei Coxarthrose		
	- Endoprothesenwechsel		
	Operative Eingriffe am Oberschenkelknochen, z. B. Korrekturosteotomie		
	Operative Eingriffe am Kniegelenk, davon		
	- Weichteileingriffe einschließlich arthroskopische Operationen		
	- Bandplastiken, Knorpelersatzoperationen, Osteotomien		
	- primäre Endoprothesen-Implantationen bei degenerativen Erkrankungen		
	- Endoprothesenwechsel		
	Operative Eingriffe am Fuß, davon		
	- Sehnenverlängerungen und Sehnenverlagerungen		
	- Korrekturosteomien		
	- Arthrodesen		
	- Korrekturen bei komplexen Deformitäten		
	Amputationen		
Weichteilmanagement bei komplexen Erkrankungen			
Konservative und operative Techniken zur Behandlung von Hautdefekten, Gliedmaßendefekten, Gliedmaßendeformitäten sowie Gefäß- und Nervenläsionen			
	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe im Rahmen orthopädischer Eingriffe		
	Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung von Gefäß- und Nervenläsionen		

Bitte fügen Sie einen entsprechenden Auszug des ICPM-Kataloges und /oder EBM/GOÄ erstellt und mit Unterschrift vom Controlling bei.

*** Zutreffendes ankreuzen**