

Dieser Vordruck ist nur für ein Weiterbildungsjahr gültig und sollte kontinuierlich (z.B. alle 2 Monate) geführt werden. Bei Wechsel der/des Weiterbildungsbefugten, ist ebenfalls ein neuer Vordruck anzuwenden.

Nach § 8 Abs. 2 der Weiterbildungsordnung führt der zur Weiterbildung befugte Arzt/In mit seinem in Weiterbildung befindlichen Kollegen / Kollegin nach Abschluss eines Weiterbildungsabschnitts, *mindestens jedoch einmal jährlich*, ein Gespräch, in welchem der Stand der Weiterbildung von beiden beurteilt wird. Bestehende Defizite werden aufgezeigt. Der Inhalt dieses Gesprächs ist zu dokumentieren und dem Antrag zur Zulassung zur Prüfung beizufügen.

Diese Auflistung ersetzt nicht ein detailliertes Weiterbildungszeugnis des Weiterbilders über die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten während der Weiterbildung.

Name des Weiterzubildenden: _____ Geb.-Datum: _____

Name der/des Weiterbildungsbefugten: _____

Weiterbildungsstätte: _____

Berichtszeitraum: _____

Die Weiterbildung erfolgte ganztägig / halbtägig im Umfang von _____% (vertraglich festgelegt)

- Die Weiterbildungszeiten sind außer dem üblichen Urlaub nicht unterbrochen worden.
- Die Weiterbildung wurde wegen _____ von _____ bis _____ unterbrochen.

Datum und Unterschrift der/des Weiterbildungsbefugten / Praxis- Klinikstempel:

Datum und Unterschrift der/des Weiterzubildenden:

Inhalte der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO

Name der/des Weiterzubildenden:

| unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen beinhaltet die Weiterbildung auch den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in | <i>Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten *</i> | Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschrift des WB-Befugten |
|--|---|---|
| ethischen, wissenschaftlichen und rechtlichen Grundlagen ärztlichen Handelns | | |
| der ärztlichen Begutachtung | | |
| den Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements | | |
| der ärztlichen Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen | | |
| psychosomatischen Grundlagen | | |
| der interdisziplinären Zusammenarbeit | | |
| der Ätiologie, Pathophysiologie und Pathogenese von Krankheiten | | |
| der Aufklärung und der Befunddokumentation | | |
| labortechnisch gestützten Nachweisverfahren mit visueller oder apparativer Auswertung (Basislabor) | | |
| medizinischen Notfallsituationen | | |
| den Grundlagen der Pharmakotherapie einschließlich der Wechselwirkungen der Arzneimittel und des Arzneimittelmissbrauchs | | |
| der allgemeinen Schmerztherapie | | |
| der interdisziplinären Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich der Differentialindikation und Interpretation radiologischer Befunde im Zusammenhang mit gebietsbezogenen Fragestellungen | | |
| der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden | | |
| den psychosozialen, umweltbedingten und interkulturellen Einflüssen auf die Gesundheit | | |
| gesundheitsökonomischen Auswirkungen ärztlichen Handelns | | |
| geschlechtsspezifischen Aspekten in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation | | |
| den Strukturen des Gesundheitswesens | | |

Zusatz-Weiterbildung Handchirurgie

Name der/des Weiterzubildenden:

| Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in | <i>Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten *</i> | Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschrift des WB-Befugten |
|---|---|--|
| den Inhalten der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO (s. Seite 2) | | |
| der Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, operativen und nichtoperativen Behandlung der Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen der Hand einschließlich der mikrochirurgischen Technik zur Replantation und der Bildung freier Lappen zur Deckung posttraumatischer und tumorbedingter Haut-Weichteildefekte | | |
| der Rehabilitation und Nachsorge der Verletzungen und Erkrankungen der Hand | | |
| der Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen | | |
| der Lokal- und Regionalanästhesie an der oberen Extremität | | |

Zusatz-Weiterbildung Handchirurgie

Name der/des Weiterzubildenden:

| Untersuchungs- und Behandlungsmethoden | Richt- zahl | Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WBO * | | | | | | Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben |
|---|----------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | Anzahl und Datum bitte kontinuierlich eintragen: | | | | | | Datum / Unterschrift des WB-Befugten |
| Operative Eingriffe an | | | | | | | | |
| - Haut und Subkutis, davon | | | | | | | | |
| - freie Hauttransplantation | 10 | | | | | | | |
| - gestielte Nah- und Fernlappenplastiken | 10 | | | | | | | |
| - Insellappen und freie Transplantationen mit mikrovaskulärem Anschluss | 10 | | | | | | | |
| - Sehnen, davon | | | | | | | | |
| - Beuge- und Strecksehennähte | 10 | | | | | | | |
| - Transplantationen | 10 | | | | | | | |
| - Tenolysen | 10 | | | | | | | |
| - Synovialektomien | 10 | | | | | | | |
| - Sehnenumlagerungen als motorische Ersatzoperation | 10 | | | | | | | |
| - Operationen der Dupuytren'schen Kontraktur | 10 | | | | | | | |
| - Knochen, davon | | | | | | | | |
| - geschlossene Frakturbehandlungen | 10 | | | | | | | |
| - Osteosynthesen | 10 | | | | | | | |
| - Korrekturosteotomien | 10 | | | | | | | |
| - Behandlungen von Pseudarthrosen | 10 | | | | | | | |
| - Knochentransplantationen | 10 | | | | | | | |
| - Gelenken, davon | | | | | | | | |
| - Luxationsbehandlungen, | 10 | | | | | | | |
| - Nähte der Seitenbänder oder der palmaren Platte | 10 | | | | | | | |
| - sekundäre Bandrekonstruktionen | 10 | | | | | | | |
| - Denervierungen | 10 | | | | | | | |
| - Arthrolysen und Arthroplastiken | 10 | | | | | | | |
| - Synovialektomien | 10 | | | | | | | |
| - Arthrodesen | 10 | | | | | | | |
| - Arthroskopien | 10 | | | | | | | |

Zusatz-Weiterbildung Handchirurgie

Name der/des Weiterzubildenden:

| Untersuchungs- und Behandlungsmethoden | Richtzahl | Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WBO * | | | | | | Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschrift des WB-Befugten |
|---|-----------|--|--|--|--|--|--|---|
| | | Anzahl und Datum bitte kontinuierlich eintragen: | | | | | | |
| - Nerven, davon | | | | | | | | |
| - mikrochirurgische Wiederherstellungen | 10 | | | | | | | |
| - Nerven- und Nerven-Transplantationen | 10 | | | | | | | |
| - Neurolysen | 10 | | | | | | | |
| - Blutgefäßen, z. B. mikrochirurgische Arterien- und Venen- nähte und Veneninterponate | 25 | | | | | | | |
| Lokalbehandlungen einschließlich besonderer Ver- letzungen, z. B. Brandverletzungen, chemische Verletzungen, Elektrotraumen, Spritzpistolenverletzungen, Kom- partmentsyndrome und Volkmannsche Kontrakturen | 10 | | | | | | | |
| Nervenkompressionssyndromen einschließlich des Karpaltunnelsyndroms | 10 | | | | | | | |
| - Tumorresektionen, davon | | | | | | | | |
| - an den Weichteilen | 10 | | | | | | | |
| - am Knochen | 10 | | | | | | | |
| Eingriffe bei Infektionen | 10 | | | | | | | |
| Amputationen an der Hand | 10 | | | | | | | |
| Operationen angeborener Fehlbildungen an Hand und distalem Unterarm | 10 | | | | | | | |

Name der/des Weiterzubildenden:

* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

ggf. zusätzlich von der/dem Weiterzubildenden erworbenen Kenntnisse:

Das vorgesehene Ziel im Rahmen des Weiterbildungscurriculums wurde im Berichtszeitraum *erreicht / teilweise erreicht* oder *nicht erreicht* (bitte nicht zutreffendes streichen; bei nicht erreichen oder teilweise erreichen des vorgesehenen Ziels bitte Begründung angeben).

Datum und Unterschrift der/des Weiterbildungsbefugten / Praxis- Klinikstempel:

Datum und Unterschrift der/des Weiterzubildenden:

Dokumentation der Gespräche gemäß § 8 MWBO (mindestens einmal jährlich)

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes: _____

Gesprächsinhalt:

Datum des Gespräches: _____

Unterschrift des Befugten

Unterschrift des / der Assistenz-Arztes / -Ärztin

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes: _____

Gesprächsinhalt:

Datum des Gespräches: _____

Unterschrift des Befugten

Unterschrift des / der Assistenz-Arztes / -Ärztin