

**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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Allgemeine Chirurgie

Name der/des Weiterzubildenden:

<b>Weiterbildungsinhalte</b> Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	<b>Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten *</b>	<b>Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben</b> Datum / Unterschrift des WB-Befugten
der operativen und nicht operativen Grund- und Notfallversorgung bei gefäß-, thorax-, unfall- und visceralchirurgischen einschließlich der koloproktologischen Erkrankungen, Verletzungen, Fehlbildungen und Infektionen		
der Indikationsstellung zur operativen und konservativen Behandlung einschließlich der Risikoeinschätzung und prognostischen Beurteilung		
endoskopischen, laparoskopischen (minimal-invasiven) Operationsverfahren		
instrumentellen und funktionellen Untersuchungsmethoden		
der Erhebung einer intraoperativen radiologischen Befundkontrolle unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes		

<b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>	<b>Richtzahl</b>	<b>Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WBO *</b> Anzahl und Datum bitte kontinuierlich eintragen: :	<b>Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben</b> Datum / Unterschrift des WB-Befugten								
Ultraschalluntersuchungen des Abdomens, Retroperitoneums, der Urogenitalorgane	400	<table border="1" style="width:100%; height:40px;"> <tr> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> </tr> </table>									
Versorgung von großen Wunden	25	<table border="1" style="width:100%; height:25px;"> <tr> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> </tr> </table>									
Verbände, z. B. Kompressions-, Stütz-, Schienen- und fixierende Verbände	BK	<table border="1" style="width:100%; height:40px;"> <tr> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> </tr> </table>									
Repositionen von Frakturen und Luxationen	50	<table border="1" style="width:100%; height:21px;"> <tr> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> </tr> </table>									

## Allgemeine Chirurgie

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, davon								
- an Kopf/Hals, z. B. Schilddrüsen-Resektion, Tracheotomie	25							
- an Brustwand einschließlich Thorakotomien und Thoraxdrainagen	10							
- an Bauchwand und Bauchhöhle einschl. Resektionen, Übernähungen, Exstirpationen und Exzisionen mittels konventioneller, endoskopischer und interventioneller Techniken, z. B. Lymphknotenexstirpation, Port-Implantation, Entfernung von Weichteilgeschwülsten, explorative Laparotomie, Magen-, Dünndarm- und Dickdarm-Resektion, Notversorgung von Leber- und Milzverletzungen, Appendektomie, Anus praeter-Anlage, Hämorrhoidektomie, periproktische Abzessspaltung, Fistel- und Fissur-Ver-sorgung, davon	200							
- Cholecystektomien	25							
- Herniotomien	50							
- am Stütz- und Bewegungssystem, z. B. Osteosynthesen, Implantatentfernung, Exostosen-abtragung, Amputationen	100							
- am Gefäß- und Nervensystem, z. B. Varizen- operationen, Thrombektomie, Embolektomie	25							
Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade	25							

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:

---