

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:

Visceralchirurgie

Name der/des Weiterzubildenden:

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten *	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschrift des WB-Befugten
der Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachbehandlung und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Infektionen, Fehlbildungen innerer Organe insbesondere der gastroenterologischen, endokrinen und onkologischen Chirurgie der Organe und Weichteile		
der Indikationsstellung zur operativen und konservativen Behandlung einschließlich der Risikoeinschätzung und prognostischen Beurteilung		
endoskopischen, laparoskopischen und minimal-invasiven Operationsverfahren		
der Erhebung einer intraoperativen radiologischen Befundkontrolle unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes		
der Mitwirkung bei interdisziplinären interventionellen Verfahren wie radiologisch und radiologisch-endoskopischen Verfahren oder endosonographischen Untersuchungen des Gastrointestinaltraktes		
der interdisziplinären Indikationsstellung zu gastroenterologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Behandlungsverfahren		
instrumentellen und funktionellen Untersuchungsmethoden einschließlich Ultraschalluntersuchungen und Endoskopie		

Visceralchirurgie

Name der/des Weiterzubildenden:

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WBO *						Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben
		Anzahl und Datum bitte kontinuierliche eintragen:						Datum / Unterschrift des WB-Befugten
sonographische Untersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich Duplex-Sonographien der abdominalen und retroperitonealen Gefäße, davon	300							
- ultraschallgesteuerte diagnostische und therapeutische Eingriffe	25							
Durchführung und Befundung von Rekto-/Sigmoidoskopien	50							
Koloskopie und Ösophago-Gastro-Duodenoskopie	50							
Thorakotomien in Zusammenhang mit Eingriffen an Oesophagus und Schilddrüse	25							
Operationen der Brustdrüse einschl. Axilladisektion	BK							
konventionelle Eingriffe an Bauchwand und Bauchhöhle, davon								
- am Magen, davon	25							
- Resektionen	10							
- Antirefluxoperationen	BK							
- an der Leber (resezierende Eingriffe)	10							
- an den Gallenwegen, davon								
- konventionelle Cholezystektomien	25							
- biliodigestive Anastomosen	10							
- am Pankreas	10							
- an der Milz, einschließlich milzerhaltende Eingriffe	10							
- am Dünndarm	50							
- am Dickdarm, davon	100							
- Kolonresektionen	50							
- Anlage und Korrekturingriffe enteraler Stomata	10							
- am Rektum, davon	50							
- anteriore Resektion	10							
- abdominoperineale Rektumexstirpation	10							
- transanale Eingriffe	10							

Visceralchirurgie

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:						
Eingriffe an der Bauchwand, davon	25							
- Leistenhernienverschlüsse	10							
- Narbenhernienverschlüsse	10							
- Bauchwandbrüche								
Sonstige Eingriffe in der Bauchhöhle, davon	100							
- Adhäsio lysen	10							
- Notfalleingriffe des Bauchraums, z. B. Ileus, Peritonitis, Blutung	25							
- Reoperationen	10							
Proktologische Operationen	50							
Eingriffe im Retroperitoneum	BK							
Eingriffe bei Abdominaltrauma	10							
Eingriffe an endokrinen Organen, davon								
- an der Schilddrüse	10							
- an der Nebenschilddrüse	10							
- an der Nebenniere	BK							
Eingriffe an Haut und Weichgeweben bei entzündlichen und Tumor-Erkrankungen	50							
Katheter- und Port-implantationen zwecks Chemo-, Ernährungs- und Schmerztherapie	25							
Minimalinvasive Eingriffe, davon	100							
- diagnostische Laparoskopie	25							
- laparoskopische Cholezystektomie, Hernienverschluss, Adhäsio lyse, Appendektomie, Fundoplikatio, Sigmaresektion, Zystendekompression	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:

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