

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:

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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 Erkennung, konservativen und operativen Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen einschließlich Funktionsstörungen, Verletzungen, Fehlbildungen, Formveränderungen und Tumoren der Organe der Nase und Nasennebenhöhlen, der Tränen-Nasen-Wege, des Gehör- und Gleichgewichtsorgans, der Hirnnerven, der Lippen, der Wange, der Zunge, des Zungengrunds, des Mundbodens, der Tonsillen, des Rachens, des Kehlkopfes, der oberen Luft- und Speisewege, der Kopfspeicheldrüsen sowie der Oto- und Rhinobasis sowie der Weichteile des Gesichtsschädels und des Halses		
den Grundlagen der gebietsbezogenen Tumortherapie		
der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten		
der Erkennung und Behandlung gebietsbezogener allergischer Erkrankungen einschließlich der Notfallbehandlung des anaphylaktischen Schocks		
den Grundlagen schlafbezogener Atemstörungen und deren operativer Behandlungsmaßnahmen		
der Indikationsstellung zur operativen und konservativen Behandlung einschließlich der Risikoeinschätzung und prognostischen Beurteilung		
den umweltbedingten Schädigungen im Hals-Nasen-Ohrenbereich einschließlich Lärmschwerhörigkeit		

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Name der/des Weiterzubildenden:

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WBO *						Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben
		Anzahl und Datum bitte kontinuierlich eintragen:						Datum / Unterschrift des WB-Befugten
unspezifische und allergenvermittelte Provokations- und Karenztests einschließlich epikutaner, kutaner und intrakutaner Tests einschließlich Erstellung eines Therapieplanes	200							
Hyposensibilisierung	25							
neuro-otologische Untersuchungen, z. B. experimentelle Nystagmusprovokation, spino-vestibuläre, vestibulospinale und zentrale Tests und funktionelle Untersuchung des Hals-Wirbel-Säulensystems auch mit apparativer Registrierung mittels elektro- und/oder Videonystagmographie	150							
operative Eingriffe einschließlich endoskopischer und mikroskopischer Techniken								
- an Ohr, Ohrschädel, Gehörgang, Ohrmuschel einschließlich Felsenbeinpräparationen	50							
- an Nasennebenhöhlen, Nase und Weichteilen des Gesichtsschädels	50							
- plastische Maßnahmen geringen Schwierigkeitsgrades an Nase und Ohr	25							
- im Pharynx	100							
- im Bereich des Kehlkopfs und der oberen Luft- röhre einschließlich Tracheotomie	50							
- Tracheobronchoskopie	BK							
- am äußeren Hals	10							
- an Speicheldrüsen und -ausführungsgängen	25							
- Eingriffe bei Schlafapnoe	10							
- traumatische Eingriffe	25							

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Name der/des Weiterzubildenden:

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WBO * Anzahl und Datum bitte kontinuierlich eintragen:	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschrift des WB-Befugten								
Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade, z. B. bei mikrochirurgischen Ohroperationen große tumorchirurgische Operationen im Kopf-Hals-Bereich, bei endoskopischer Ethmoidektomie und Pansinusoperationen, bei neuroplastischen Eingriffen, bei Gefäßersatz und mikrovaskulären Anastomosen	100	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: none;"></td> <td style="width: 12.5%; border: none;"></td> <td style="width: 12.5%; border: none;"></td> <td style="width: 12.5%; border: none;"></td> <td style="width: 12.5%; border: none;"></td> <td style="width: 12.5%; border: none;"></td> <td style="width: 12.5%; border: none;"></td> <td style="width: 12.5%; border: none;"></td> </tr> </table>									

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