

**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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 12.2 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin (Internist/Internistin)

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
den gemeinsamen Inhalten für die im Gebiet enthaltenen Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen		
der Vorbeugung, Erkennung, Beratung und Behandlung bei auftretenden Gesundheitsstörungen und Erkrankungen der inneren Organe		
der Erkennung und konservativen Behandlung der Gefäßkrankheiten einschließlich Arterien, Kapillaren, Venen und Lymphgefäße und deren Rehabilitation		
der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Stoffwechselleiden einschließlich des metabolischen Syndroms und anderer Diabetes-assoziiierter Erkrankungen		
der Erkennung und Behandlung maligner und nicht maligner Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des lymphatischen Systems		
der Erkennung und Behandlung von soliden Tumoren		
der Erkennung sowie konservativen Behandlung von angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufs, der harnahen Gefäße, des Perikards		
der Erkennung und konservativen Behandlung der akuten und chronischen Nieren- und renalen Hochdruckerkrankungen sowie deren Folgeerkrankungen		
der Erkennung und Behandlung der Erkrankungen der Lunge, der Atemwege, des Mediastinums, der Pleura einschließlich schlafbezogener Atemstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestation pulmonaler Erkrankungen		

## 12.2 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin (Internist/Internistin)

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 Erkennung und konservativen Behandlung der rheumatischen Erkrankungen einschließlich der entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen wie Kollagenosen, der Vaskulitiden, der entzündlichen Muskelerkrankungen und Osteopathien		
der interdisziplinären Zusammenarbeit insbesondere bei multimorbiden Patienten mit inneren Erkrankungen		
der interdisziplinären Indikationsstellung zu chirurgischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Maßnahmen		
den gebietsbezogenen Infektionskrankheiten einschließlich der Tuberkulose		
der gebietsbezogenen Ernährungsberatung und Diätetik einschließlich enteraler und parenteraler Ernährung		
der Symptomatologie und funktionellen Bedeutung von Altersveränderungen sowie Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters und deren Therapie		
den geriatrisch diagnostischen Verfahren zur Erfassung organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen		
der Behandlung schwerstkranker und sterbender Patienten einschließlich palliativmedizinischer Maßnahmen		
der intensivmedizinischen Basisversorgung		

## 12.2 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin (Internist/Internistin)

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
Echokardiographien sowie Doppler-/Duplex-Untersuchungen des Herzens und der herznahen Gefäße	150							
Mitwirkung bei Bronchoskopien einschließlich broncho-alveolärer Lavage	25							
Ösophago-Gastro-Duodenoskopien einschließlich interventionellen Notfall-Maßnahmen und perkutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG)	100							
Untere Intestinoskopien einschließlich endoskopischer Blutstillung, davon - Proktoskopien	100 20							
Therapie vital bedrohlicher Zustände, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung bedrohter Vitalfunktionen mit den Methoden der Notfall- und Intensivmedizin einschließlich Intubation, Beatmungsbehandlung sowie Entwöhnung von der Beatmung einschließlich nichtinvasiver Beatmungstechniken, hämodynamisches Monitoring, Schockbehandlung, Schaffung zentraler Zugänge, Defibrillation, Schrittmacherbehandlung	50							
Selbständige Durchführung von Punktionen, z.B. an Blase, Pleura, Bauchhöhle, Liquorraum, Leber, Knochenmark einschließlich Knochenstanzen	100							

Name der/des Weiterzubildenden:

ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

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