

**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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Schwerpunkt Neuropädiatrie

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 Vorbeugung, Erkennung, konservativen Behandlung und Rehabilitation von Störungen und Erkrankungen einschließlich Neoplasien des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems und der Muskulatur		
der Erkennung angeborener Fehlbildungen des zentralen Nervensystems, der Störungen der Motorik und der Sinnesfunktionen sowie assoziierter Erkrankungen		
der Erkennung und Behandlung entzündlicher, traumatischer und toxischer Erkrankungen und Schäden des Nervensystems und ihrer Folgen		
der Behandlung zerebraler Anfälle und Epilepsien		
neuromuskulären Erkrankungen		
vaskulären Erkrankungen des zentralen Nervensystems und der Muskulatur		
neurometabolischen, -degenerativen und -genetischen Erkrankungen		
der Behandlung von Zerebralpareesen		
Stadieneinteilung und Verlauf der intrakraniellen Drucksteigerung und des zerebralen Komas sowie der Hirntoddiagnostik		
der Beurteilung mentaler, motorischer, sprachlicher und psychischer Entwicklungsstörungen		
der Indikationsstellung zur neuroradiologischen Untersuchung des Nervensystems und der Muskulatur		
der Erstellung von Therapie-, Rehabilitations- und Förderplänen und deren Koordination, z. B. im medizinisch-funktionstherapeutischen, psychologisch-pädagogischen und sozialen Bereich		

## Schwerpunkt Neuropädiatrie

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 Bewertung der Anwendung von Rehabilitationsverfahren, Bewegungstherapien, krankengymnastischen Verfahren, Logopädie, Ergotherapie, Sozialmaßnahmen und neuropsychologischem Training		

<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							
Elektroenzephalogramme	500	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
Polygraphie und elektrophysiologische Untersuchungen, z. B. Elektromyographie, Elektroneurographie, visuell, somatosensibel, motorisch und akustisch evozierte Potenziale	200	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
Ultraschalluntersuchungen des zentralen Nervensystems und der Muskulatur einschließlich Doppler-/ Duplex-Sonographien	100	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border: none; border-left: 1px dashed black; width: 12.5%;"></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