

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:

Inhalte der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO

Name der/des Weiterzubildenden:

| unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen beinhaltet die Weiterbildung auch den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in | <i>Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten *</i> | Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschrift des WB-Befugten |
|--|---|---|
| ethischen, wissenschaftlichen und rechtlichen Grundlagen ärztlichen Handelns | | |
| der ärztlichen Begutachtung | | |
| den Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements | | |
| der ärztlichen Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen | | |
| psychosomatischen Grundlagen | | |
| der interdisziplinären Zusammenarbeit | | |
| der Ätiologie, Pathophysiologie und Pathogenese von Krankheiten | | |
| der Aufklärung und der Befunddokumentation | | |
| labortechnisch gestützten Nachweisverfahren mit visueller oder apparativer Auswertung (Basislabor) | | |
| medizinischen Notfallsituationen | | |
| den Grundlagen der Pharmakotherapie einschließlich der Wechselwirkungen der Arzneimittel und des Arzneimittelmissbrauchs | | |
| der allgemeinen Schmerztherapie | | |
| der interdisziplinären Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich der Differentialindikation und Interpretation radiologischer Befunde im Zusammenhang mit gebietsbezogenen Fragestellungen | | |
| der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden | | |
| den psychosozialen, umweltbedingten und interkulturellen Einflüssen auf die Gesundheit | | |
| gesundheitsökonomischen Auswirkungen ärztlichen Handelns | | |
| geschlechtsspezifischen Aspekten in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation | | |
| den Strukturen des Gesundheitswesens | | |

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Name der/des Weiterzubildenden:

| Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in | Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten * | Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschrift des WB-Befugten |
|--|---|--|
| den Inhalten der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO (s. Seite 2) | | |
| der Gesundheitsberatung, Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Erkrankungen des Zahnes, des Zahnhalteapparates, der Alveolarfortsätze einschließlich der Implantologie | | |
| der Erkennung und Behandlung von Erkrankungen der Kiefer, Kiefergelenke und des Jochbeins einschließlich der chirurgischen Kieferorthopädie und Korrekturen der Biss- und Kaufunktionen | | |
| der Erkennung, Behandlung und Nachsorge von Erkrankungen einschließlich Tumoren des Gaumens, der Lippen, der Zunge, der Mundhöhlenwänden, der Speicheldrüsen, des Naseneingangs, der Weichteile des Gesichtsschädels einschließlich der gebietsbezogenen Nerven und regionalen Lymphknoten | | |
| den Grundlagen der gebietsbezogenen Tumortherapie | | |
| der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten | | |
| der Indikationsstellung, Durchführung und Interpretation gebietsbezogener Röntgenuntersuchungen einschließlich Strahlenschutz | | |
| der prothetischen Versorgung | | |
| den Grundlagen der Indikationsstellung zur operativen und konservativen Behandlung einschließlich der Risikoeinschätzung und prognostischen Beurteilung | | |

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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 Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände, die keinen eigenständigen Krankheitswert erlangt haben | | |
| psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen | | |
| der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie | | |
| der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen und Einordnung der Ergebnisse in das jeweilige Krankheitsbild | | |

| 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 |
|---|------------------|--|--|
| sonographische Untersuchungen der Gesichts- und Halsweichteile sowie der Nasennebenhöhlen und Doppler-/ Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße | 200 | | |
| Lokal- und Regionalanästhesie | 50 | | |
| Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung | 50 | | |
| Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial | BK | | |
| operative Eingriffe in der | | | |
| - dentoalveolären Chirurgie, z. B. Wurzelspitzenresektionen, parodontalchirurgische Maßnahmen | 200 | | |
| - septischen Chirurgie, z. B. Kieferhöhlenoperationen, Speichelsteinentfernungen | 100 | | |

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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 |
| - Chirurgie bei Verletzungen, z. B. operative Versorgung von kombinierten Weichteil- und Knochenverletzungen | 100 | | | | | | | |
| - Fehlbildungschirurgie, z. B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Operationen | 10 | | | | | | | |
| - kieferorthopädischen und Kiefergelenkschirurgie, z. B. Osteotomien bei skelettalen Dysgnathien | 10 | | | | | | | |
| - präprothetischen Chirurgie, z. B. Mundvorhofplastik, enossale Implantationen | 25 | | | | | | | |
| - Tumorchirurgie, z. B. Probeexzisionen, Tumorresektionen | 50 | | | | | | | |
| - Chirurgie an peripheren Gesichtsnerven, z. B. Dekompressionen, Nerven-Verlagerungen | 10 | | | | | | | |
| - plastischen und Wiederherstellungschirurgie, z. B. Umschneidung von Fern- und Nahlappen, Überpflanzung von Haut, Knochen und Knorpel | 25 | | | | | | | |
| sonstige Eingriffe im Zusammenhang mit Mund- Kiefer und Gesichtsoptionen, z. B. Tracheotomien, mikrochirurgische Transplan- tationen einschließlich des Präparierens von Gefäßanschlüssen | 10 | | | | | | | |

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