

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 | | |

Zusatz-Weiterbildung Kinder-Rheumatologie

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 Erkennung, konservativen Behandlung und Rehabilitation der rheumatischen Erkrankungen wie juveniler idiopathischer Arthritis und der entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen wie Kollagenosen, Vaskulitiden und entzündlichen Muskelerkrankungen sowie der reaktiven Arthritiden und der Schmerzverstärkungssyndrome | | |
| der Langzeitbetreuung von Kindern und Jugendlichen mit rheumatischen Erkrankungen unter Berücksichtigung der Auswirkungen chronisch-rheumatischer Erkrankungen auf Wachstum und Entwicklung | | |
| den physikalischen, krankengymnastischen und ergotherapeutischen Behandlungsprinzipien | | |
| der psychosozialen Versorgung und der Patientenschulung | | |
| der Verordnung und Funktionsüberprüfung von Orthesen und Hilfsmitteln bei rheumatischen Erkrankungen | | |
| der Indikationsstellung und Einordnung der Laboruntersuchungen von immunologischen Parametern in das Krankheitsbild | | |
| Gelenkpunktion und intraartikulärer Injektion | | |
| der Sonographie des Bewegungsapparates einschließlich Arthrosonographie | | |

Zusatz-Weiterbildung Kinder-Rheumatologie

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: | | | | | | |
| Dokumentation über die Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation rheumatischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen | 100 | | | | | | | |
| Langzeitbetreuung von Kindern und Jugendlichen mit rheumatischen Erkrankungen | 50 | | | | | | | |
| Sonographie des Bewegungsapparates einschließlich Arthrosonographie, davon | 100 | | | | | | | |
| - bei entzündlichen Gelenkerkrankungen | 50 | | | | | | | |
| Gelenkpunktionen und intraartikuläre Injektion | 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