

<u>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.</u>

Nach § 8 Abs. 2 der Weiterbildungsordnung führt der zur Weiterbildung befugte Arzt/In mit seinem in Weiterbildung befindlichen Kollegen / Kollegen 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 Weiterzubildende	n:	GebDatum:			
Name der/des Weiterbildung	sbefugten:				
Weiterbildungsstätte:					
Berichtszeitraum:					
Die Weiterbildung erfolgte gan	ztägig / halbtägig im Umfang von% (vertraglich	n festgelegt)			
o Die Weiterbildungszeit	en sind außer dem üblichen Urlaub nicht unterbrochen	worden.			
 Die Weiterbildung wurd 	de wegen	von	bis	unterbrochen	
Datum und Unterschrift der/de	s Weiterbildungsbefugten / Praxis- Klinikstempel:	Datum und	I Unterschrift der/des	Weiterzubildenden:	

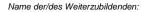


Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

Name der/des Weiterzubildenden:

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschrift des WB-Befugten
Erkennung und Behandlung der bösartigen Er-	
krankungen des weiblichen Genitale und der Brust	
chemotherapeutischen und hormonellen Verfahren	
Molekularbiologischen onkogenetischen immunmo-	
dulatorischen, supportiven und palliativen Verfahren	
organ- und fertilitätserhaltenden Verfahren	
radikalen Behandlungsverfahren	

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richt- zahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WBO *		3O *	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschrift des WB-Befugten
		Anzahl und Datum bitte kontin			
morphologisch-funktionelle (z. B. Ultraschall, Endoskopie) und invasive (z. B. Punktion, Biopsie) Verfahren der Genitalorgane und Brust	300				
organerhaltende und radikale Krebsoperationen am Genitale (z. B. Debulking-OP, Wertheim-OP, Vulvektomie, Lymphadenektomie inguinal, pelvin, paraaortal, Exenteration)	100				
organerhaltende und radikale Krebsoperationen an der Mamma	100				
rekonstruktive Eingriffe am Genitale, den Bauch- decken und der Brust im Zusammenhang mit on- kologischen Behandlungen	50				
hormonelle (ablative und additive) Therapien	50			:	
zytostatische Therapiezyklen	300				



Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie



Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richt- zahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8WBO * Anzahl und Datum bitte kontinuierlich eintragen:				Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschrift des WB-Befugten	
		Alizani una Datum bitte i	Continuienich eir	ıllagen.			Datum / Uniterscrimit des WB-Berugten
supportive und palliative medikamentöse	50		! !			! !	
Tumortherapien			1 1 1	1 ! !	1 1 1	1 1 1	
Gynäkologische Strahlen-Kontakt-Therapie	10		1	1 1 1	1	 	
psychoonkologische Betreuung, Rehabilitation und	50		1	i !	1	1 1	
Begutachtung			i i	i ! !	1	i ! !	
spezielle Rezidivdiagnostik und -behandlung	25			1	!	1	
Tumornachsorge	50			1			





* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:	
ggf. zusätzlich von der/dem Weiterzubildenden erworbenen Kenntnisse:	
Das vorgesehene Ziel im Rahmen des Weiterbildungscurriculums wurde im Berichterreichen oder teilweise erreichen des vorgesehenen Ziels bitte Begründung anget	tszeitraum <i>erreicht / teilweise erreicht</i> oder <i>nicht erreicht</i> (bitte nicht zutreffendes streichen; bei nicht ben).
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