

<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 / 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: | | GebDatum: | |
|--|-----------|------------------------|--------------------|
| Name der/des Weiterbildungsbefugten: | | | |
| Weiterbildungsstätte: | | | |
| Berichtszeitraum: | | | |
| Die Weiterbildung erfolgte ganztägig / halbtägig im Umfang von% (vertraglich for o Die Weiterbildungszeiten sind außer dem üblichen Urlaub nicht unterbrochen we | | | |
| o Die Weiterbildung wurde wegen | von | bis | unterbrochen. |
| Datum und Unterschrift der/des Weiterbildungsbefugten / Praxis- Klinikstempel: | Datum und | d Unterschrift der/des | Weiterzubildenden: |

Inhalte der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO



| unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen beinhaltet die Weiterbildung auch den | | Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben |
|---|--|--|
| Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in | Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten * | Datum / Unterschrift des WB-Befugten |
| Kemunssen, Enamungen und Ferugkeiten in | Demerkungen des der Weiterbildungsberägten | |
| 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 einschließ- | | |
| lich der Wechselwirkungen der Arzneimittel und des | | |
| Arzneimittelmissbrauchs | | |
| der allgemeinen Schmerztherapie | | |
| der interdisziplinären Indikationsstellung zur weiter- | | |
| führenden Diagnostik einschließlich der Differen- | | |
| tialindikation und Interpretation radiologischer Be- | | |
| funde im Zusammenhang mit gebietsbezogenen | | |
| Fragestellungen | | |
| der Betreuung von Schwerstkranken und | | |
| Sterbenden | | |
| den psychosozialen, umweltbedingten und inter- | | |
| kulturellen Einflüssen auf die Gesundheit | | |
| gesundheitsökonomischen Auswirkungen ärztlichen | | |
| Handelns | | |
| geschlechtsspezifischen Aspekten in Prävention, | | |
| Diagnostik, Therapie und Rehabilitation | | |
| den Strukturen des Gesundheitswesens | | |



Zusatz-Weiterbildung Naturheilverfahren

Name der/des Weiterzubildenden:

| Weiterbildungsinhalte | | Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben |
|--|--|---|
| Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in | Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten * | Datum / Unterschrift des WB-Befugten |
| den Inhalten der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO (s. Seite 2) | | |
| balneo-, klimatherapeutischen und verwandten Maßnahmen | | |
| bewegungs-, atem- und entspannungstherapeuti- schen Maßnahmen | | |
| der Massagebehandlung und reflexzonentherapeutischen Maßnahmen einschließlich manueller Diagnostik | | |
| den Grundlagen der Ernährungsmedizin und Fastentherapie | | |
| der Phytotherapie und Anwendung weiterer Medi- kamente aus Naturstoffen | | |
| der Ordnungstherapie und Grundlagen der Chronobiologie | | |
| physikalischen Maßnahmen einschließlich Elektro- und Ultraschalltherapie | | |
| den ausleitenden und umstimmenden Verfahren Heilungshindernissen und Grundlagen der Neuraltherapie | | |



Zusatz-Weiterbildung Naturheilverfahren

Name der/des Weiterzubildenden:

| Untersuchungs- und Behandlungsmethoden | Richt- zahl | | | | Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschrift des WB- | |
|---|----------------|--|----------|----------|--|--|
| | | Anzahl und Datum bitte kontinuierlich eintragen: | | | Befugten | |
| Naturheilkundliche Behandlungen, davon | | <u> </u> | <u> </u> | | <u> </u> | |
| balneo-, klimatherapeutische und verwandte Maßnahmen | 100 | | | | | |
| bewegungs-, atem- und entspannungsthera- peutische Maßnahmen | 100 | | | | | |
| Massagebehandlungen und reflexzonenthera- peutische Maßnahmen einschließlich manueller Diagnostik | 100 | | | | | |
| Phytotherapie und Anwendung weiterer Medi- kamente aus Naturstoffen | 100 | | | <u> </u> | | |
| - physikalische Maßnahmen einschließlich Elektro- und Ultraschalltherapie | 100 | | | | | |
| - ausleitende und umstimmende Verfahren | 100 | | | | | |
| den Grundlagen der Ernährungsmedizin und Fastentherapie | BK | | | | | |
| der Ordnungstherapie und Grundlagen der Chronobiologie | BK | | | | | |
| Heilungshindernissen und Grundlagen der Neuraltherapie | BK | | | | | |





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