

## Weiterbildungsinhalte der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin (zusätzlich zur Kursweiterbildung nachzuweisen)

Weiterzubildende Person (Name, Geburtsdatum): \_\_\_\_\_

Die folgend aufgeführten Kompetenzen in der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin können von der ärztlichen Leitung Rettungsdienst/der ärztlichen Leitung Notarztstandort und von der weiterbildungsbefugten Person im stationären Bereich – Intensivmedizin / Anästhesiologie – bzw. von der die interdisziplinäre zentrale Notaufnahme leitenden Person bescheinigt werden (Ausnahme unten gekennzeichnet).

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	systematisch einordnen und erklären	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	selbstverantwortlich durchführen	Datum und Unterschrift der / des den Kompetenzerwerb beurteilenden verantwortlichen Ärztin / Arztes
		Durchführung einer strukturierten Patientenübergabe (Handover)		<input type="checkbox"/>	
		Durchführung von strukturierten Einsatznachbesprechungen		<input type="checkbox"/>	<b>Diese Kompetenz ist von der ärztlichen Leitung Rettungsdienst/der ärztlichen Leitung Notarztstandort zu bestätigen!</b>
		Todesfeststellung und Durchführung der vorläufigen Leichenschau einschließlich rechtsrelevanter Aspekte		<input type="checkbox"/>	
Schockraummanagement	<input type="checkbox"/>				
		Einleitung einer symptomorientierten Erstbehandlung bei		<input type="checkbox"/>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewusstseinsstörungen/ neurologischen Defiziten/psychiatrischen Auffälligkeiten</li> <li>- akuter Atemnot</li> <li>- Brustschmerz</li> <li>- Blutungen/Wunden/ Frakturen</li> <li>- Schock</li> <li>- Herzrhythmusstörungen</li> <li>- akutem Abdomen/ Bauchschmerzen</li> <li>- psychischen Störungen</li> <li>- Fieber/Infekten aller Art</li> <li>- Vergiftungen/Intoxikationen aller Art (Alkohol/Drogen/Medikamente, etc.)</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	systematisch einordnen und erklären	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	selbstverantwortlich durchführen	Datum und Unterschrift der / des den Kompetenzerwerb beurteilenden verantwortlichen Ärztin / Arztes
		Indikationsstellung und Durchführung einer symptom-adaptierten und der Verdachtsdiagnose entsprechenden Lagerung unter Berücksichtigung von Hilfsmitteln		<input type="checkbox"/>	
		Indikationsstellung und Durchführung von Repositionen bei Frakturen und Luxationen		<input type="checkbox"/>	
		Reanimation einschließlich der Reanimation von Säuglingen und Kleinkindern, auch als Reanimationstraining		<input type="checkbox"/>	
		Durchführung von Defibrillation oder Kardioversion, auch als Simulation		<input type="checkbox"/>	
		Durchführung einer Thoraxentlastung, insbesondere Thoraxdrainage		<input type="checkbox"/>	
		Behandlung von Problemen im Bereich des Atemweges (Airwaymanagement) einschließlich der Hinweiszeichen auf schwierige Atemwegsverhältnisse		<input type="checkbox"/>	
		Durchführung der Maskenbeatmung, auch bei Säuglingen und Kindern, auch als Simulation		<input type="checkbox"/>	
		Sicherung der Atemwege durch Anwendung von supraglottischen Atemwegshilfen, auch bei Säuglingen und Kindern, auch als Simulation		<input type="checkbox"/>	
		Sicherung der Atemwege durch endotracheale Intubation einschließl. Videolaryngoskopie	___ / 50	<input type="checkbox"/>	
		Einleitung und Aufrechterhaltung einer Notfallnarkose		<input type="checkbox"/>	

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der weiterzubildenden Ärztin / des weiterzubildenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift der ärztlichen Leitung Rettungsdienst/der ärztlichen Leitung Notarztstandort

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift der weiterbildenden bzw. der leitenden Person im stationären Bereich