auszustellen auf dem Geschäftsbogen der Klinik bzw. der Praxis

Leistungskatalog/ ergänzende Anlage zum Zeugnis über die Weiterbildung im Gebiet

**Anästhesiologie**

gemäß WO der ÄKWL in der Fassung vom 01.01.2012 zur Vorlage bei der Ärztekammer

Frau/Herr XXX hat in der Zeit vom XX.XX.XXXX bis XX.XX.XXXX folgende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter meiner Leitung selbständig durchgeführt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** | **Selbstständig durchgeführt**(oder mitgewirkt wenn gefordert) |
|  | Maßnahmen zur Behandlung akut gestörter Vital­funktionen, davon  |  |
|  | * intensivmedizinische Behandlung von Patienten mit Funktionsstörungen von mindestens zwei vitalen Organsystemen
 |  |
|  | * kardiopulmonale Reanimationen
 |  |
|  | Beatmungstechniken einschließlich der Beat­mungsentwöhnung  |  |
|  | Punktions- und Katheterisierungstechniken ein­schließlich Legen von Drainagen und zentralvenösen Zugängen sowie der Gewinnung von Untersuchungsmaterial, davon zentralvenöse Katheterisierungen |  |
|  | Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung |  |
|  | Elektrokardiogramme |  |
|  | durchgeführte Anästhesieverfahren,davon |  |
|  | * bei abdominellen Eingriffen
 |  |
|  | * in der Geburtshilfe, davon
 |  |
|  | * bei Kaiserschnitten
 |  |
|  | - bei Eingriffen im Kopf-Hals-Bereich, in den Ge­bieten |  |
| - Augenheilkunde |  |
| - Hals-Nasen-Ohrenheil­kunde |  |
| - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie oder |  |
| - Neurochirurgie |  |
|  | bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum voll­endeten 5. Lebensjahr |  |
|  | bei ambulanten Eingriffen |  |
|  | rückenmarksnahe Regionalanästhesien |  |
|  | periphere Regionalanästhesien und Nerven­blockaden, davon |  |
| * dokumentierte perioperative regionale Schmerztherapie
 |  |
|  | Mitwirkung bei Anästhesien für intrathorakale Ein­griffe |  |
|  | Mitwirkung bei Anästhesien für intrakranielle Ein­griffe |  |
|  | Fiberoptische Intubationsverfahren |  |

Die gemäß § 8 Weiterbildungsordnung geforderten jährlichen Weiterbildungsgespräche zwischen mir und Frau/Herr XXX wurden durchgeführt.

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Ort |  | Datum |  | Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärzte |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Unterschrift der Weiterbildungsassistentin/ des Weiterbildungsassistenten |