auszustellen auf dem Geschäftsbogen der Klinik bzw. der Praxis

Leistungskatalog/ ergänzende Anlage zum Zeugnis über die Weiterbildung im Gebiet

**Augenheilkunde**

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) |
|  | sonographische Untersuchungstechniken bei ophthalmologischen Erkrankungen und Verletzungen,  davon |  |
|  | * Untersuchungen zur Gewebe­darstellung |  |
|  | * Biometrien der Achsenlänge |  |
|  | * Hornhautdickenmessungen |  |
|  | Optometrische Untersuchungen, davon |  |
|  | * Brillenkorrekturen von Refraktionsfehlern |  |
|  | * Kontaktlinsenanpassungen oder  -kontrollen |  |
|  | * Anpassung von vergrößernden Sehhilfen |  |
|  | ophthalmologische Untersuchungs­techniken, davon |  |
|  | * Durchführung und Befundung von Untersuchungen weiterer Funktionen des Sehvermögens, z. B. des Gesichtsfeldes, des Farbsinns (Anomaloskopie und andere Verfahren), des Lichtsinns, des Kontrast- und Dämmerungssehens bei Patienten |  |
|  | * Untersuchung und Befundung nicht paretischer und paretischer Stellungs- und Bewegungsstörungen der Augen (Heterophorie, Heterotropie), der okulären Kopfzwangshaltungen und des Nystagmus, Untersuchung der Veränderungen bei Amblyopien sowie die Früherkennung dieser Erkrankungen bei Patienten |  |
|  | * durchgeführte und dokumentierte Untersuchungen zur Diagnostik und Differentialdiagnostik neuroophthal­mologischer Krankheitsbilder ggf. einschließlich differenzierter Pupillendiagnostik bei Patienten |  |
|  | * Durchführung und Befundung von elektrophysiologischen Untersuchungen |  |
|  | * Durchführung und Befundung von Fluoreszenzangiographien |  |
|  | * Durchführung und Befundung von okkulären Kohärenztomographien und/oder Papillentomographien |  |
|  | Lokal- und Regionalanästhesien |  |
|  | ophthalmologische Eingriffe an |  |
|  | * Lidern und Tränenwegen,  z. B. Korrektur von Entropium und Ektropium, Lidmuskel­operationen, Dehnung und Strikturspaltung der Tränenwege |  |
|  | * Bindehaut und Hornhaut, z. B. Fremdkörperentfernung, Wundnaht |  |
|  | * einfachen intraokulären Eingriffen, z. B. Parazentese, Iridektomie, Zyklokryo-, Zyklolaserdestruktion, Kryoretinopexie |  |
|  | * geraden Augenmuskeln |  |
|  | laserchirurgische Eingriffe |  |
|  | * am Vorderabschnitt des Auges |  |
|  | * an der Retina |  |
|  | Mitwirkung bei intraokularen Eingriffen, einschließlich Netzhaut- und Glas­körper­operationen, und Augen­muskeloperationen höheren Schwierigkeitsgrades,  z. B. Katarakt-, Glaukom-, Amotiooperationen, Vitrektomien, Enukleationen, Keratoplastiken, plastisch-rekonstruktive Eingriffe |  |

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 |