auszustellen auf dem Geschäftsbogen der Klinik bzw. der Praxis

Leistungskatalog/ ergänzende Anlage zum Zeugnis über die Weiterbildung in der

Facharztkompetenz

**Gefäßchirurgie**

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** | **Selbständig durchgeführt**  (oder mitgewirkt, wenn gefordert) |
|  | Ultraschalluntersuchungen bei chirurgi­schen Erkrankungen und Verletzungen |  |
|  | Punktions- und Katheterisierungs­techniken einschließlich der Gewin­nung von Untersuchungsmaterial, davon |  |
|  | * Legen von Drainagen |  |
|  | * zentralvenöse Zugänge |  |
|  | Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik |  |
|  | Lokal- und Regionalanästhesien |  |
|  | Eingriffe aus dem Bereich der ambulanten Chirurgie |  |
|  | Erste Assistenzen bei Operationen und angeleitete Operationen |  |
|  | Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen |  |
|  | intraoperative angiographische Untersuchungen |  |
|  | Doppler-/Duplex-Untersuchungen, davon an |  |
|  | * Extremitäten versorgenden Gefäßen |  |
|  | * abdominellen und retroperitonealen Gefäßen |  |
|  | * extrakraniellen hirnzuführenden Gefäßen |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** | **Selbständig durchgeführt**  (oder mitgewirkt, wenn gefordert) |
|  | hämodynamische Untersuchungen an Venen |  |
|  | rekonstruktive Operationen, davon |  |
|  | * an supraaortalen Arterien |  |
|  | * an aortalen, iliakalen, viszeralen und thorakalen Gefäßen |  |
|  | * im femoro-poplitealen, brachialen und cruro-pedalen Abschnitt |  |
|  | endovaskuläre Eingriffe |  |
|  | Anlage von Dialyse-Shunts, Port-Implantation |  |
|  | Operationen am Venensystem |  |
|  | Grenzzonenamputationen, Ulkusversorgungen |  |

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 |