auszustellen auf dem Geschäftsbogen der Klinik bzw. der Praxis

Leistungskatalog/ ergänzende Anlage zum Zeugnis über die Weiterbildung im Gebiet

**Allgemeinchirurgie**

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** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Ultraschalluntersuchungen bei chirurgi­schen Erkrankungen und Verletzungen |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | Punktions- und Katheterisierungs­techniken einschließlich der Gewin­nung von Untersuchungsmaterial, davon |  |
| * Legen von Drainagen |  |
| * zentralvenöse Zugänge |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 | Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4 | Lokal- und Regionalanästhesien |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5 | Eingriffe aus dem Bereich der ambulanten Chirurgie |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6 | Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7 | Untersuchungs- und Behandlungs­verfahren der Basisweiterbildung |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 8 | Ultraschalluntersuchungen des Abdomens, Retroperitoneums, der Urogenitalorgane |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9 | Versorgung von großen Wunden |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10 | Verbände, z. B. Kompressions-, Stütz-, Schienen- und fixierende Verbände |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11 | Repositionen von Frakturen und Luxationen |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 12 | operative Eingriffe, davon |  |
| * an Kopf/Hals, z. B. Schilddrüsen-Resektion, Tracheotomie |  |
| * an Brustwand einschließlich Thorakotomien und Thoraxdrainagen |  |
| * an Bauchwand und Bauchhöhle einschließlich Resektionen, Über­nähungen, Exstirpationen und Exzisionen mittels konventioneller, endoskopischer und interven­tioneller Techniken,  z. B. Lymphknotenexstirpation, Port-Implantation, Entfernung von Weichteilgeschwülsten, explorative Laparotomie, Magen-, Dünndarm- und Dickdarm-Resektion, Not­ver­sorgung von Leber- und Milzverlet­zungen, Appendektomie, Anus praeter-Anlage, Hämorrhoidek­tomie, periproktitische Abzess­spaltung, Fistel- und Fissur-Versorgung, davon |  |
| * Cholecystektomien |  |
| * Herniotomien |  |
| * Appendektomien |  |
| * Adhäsiolysen |  |
| * Dünndarm-Resektionen |  |
| * Dickdarm-Resektionen |  |
| * Proktologische Operationen |  |
| * Eingriffe an Haut- und Weichgewebe bei entzündlichen und Tumorerkrankungen |  |
| * Notfalleingriffe des Bauchraumes, z.B. bei Ileus, Blutung, Peritonitis, Mesenterialinfarkt einschließlich Thrombektomie und Embolektomie der Viszeralgefäße |  |
| * am Stütz- und Bewegungssystem, z. B. Implantatentfernung, Exostosenabtragung, Zehenamputationen, davon |  |
| * unkomplizierte operative Osteosynthesen langer Röhrenknochen mit innerer oder äußerer Fixation, z. B. Nagelosteosynthese, Plattenosteosynthese |  |
| * unkomplizierte operative Osteosynthesen bei Verletzungen im Gelenkbereich, z. B. Fixierung mit Kirschner-Drähten |  |
| * Operationen an der Hand, z. B. Strecksehnennaht, Ganglionexstirpation, Fingerteilamputation |  |
| * Amputationen großer Gliedmaßenabschnitte |  |
| * am Gefäß- und Nervensystem, z. B. Varizenoperationen, Thrombektomie, Embolektomie |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** | **1. Assistenz** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Erste Assistenzen bei Operationen und angeleitete Operationen |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** | **Mitwirkung** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade |  |

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 |