auszustellen auf dem Geschäftsbogen der Klinik bzw. der Praxis

Leistungskatalog/ ergänzende Anlage zum Zeugnis über die Weiterbildung in der

Facharztkompetenz

**Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

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) |
|  | audiologische Untersuchungen, z. B. Tonschwellen-, Sprach-Hörfeld­audio­metrie, elektrische Reaktions­audiometrie (ERA), otoakustische Emissionen, Hörtests zur Diagnostik zentraler Hörstörungen sowie zur Hörgeräteversorgung einschließ­lich Anpassung und Überprüfung, Hör­schwellenbestimmung, Impedanz­mes­sungen mit Stapedius­reflex­messung einschließlich Neugeborenen-Hör-Scree­ning sowie grundlegende audiologisch diagnostische Unter­suchungen bei Säuglingen und Kleinkindern |  |
|  | neuro-otologische Untersuchungen, z. B. experimentelle Nystagmus­provokation, spinovestibuläre, vestibulospinale und zentrale Tests |  |
|  | Sprachtests |  |
|  | Ventilationsprüfungen,z. B. Rhinomanometrie, Spirometrie, Spirographie |  |
|  | Prüfung Riech- und Schmeckstörungen |  |
|  | mikroskopische und endoskopische Untersuchungen, z. B. Rhinoskopie, Sinuskopie, Nasopharyngoskopie, Laryngoskopie, Tracheoskopie, Oesophagoskopie |  |
|  | sonographische Untersuchungen der Gesichts- und Halsweichteile sowie der Nasennebenhöhlen und Doppler-/ Duplex-Sonographien der extra­kraniellen hirnversorgenden Gefäße |  |
|  | Lokal- und Regionalanästhesien |  |
|  | Punktions- und Katheterisierungs­techniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial |  |
|  | Infusions-, Transfusions- und Blutersatz­therapie, enterale und parenterale Ernährung |  |
|  | Schluckuntersuchungen |  |
|  | Versorgung mit Trachealkanülen und oralen sowie nasalen Gastroduodenal-Sonden |  |
|  | unspezifische und allergenvermittelte Provokations- und Karenztests einschließlich epikutaner, kutaner und intrakutaner Tests einschließlich Erstellung eines Therapieplanes |  |
|  | Hyposensibilisierung |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | neuro-otologische Untersuchungen, z. B. experimentelle Nystagmus­provokation, spinovestibuläre, vestibulospinale und zentrale Tests und funktionelle Untersuchung des Hals-Wirbel-Säulensystems auch mit apparativer Registrierung mittels elektro- und/oder Videonystagmo­graphie |  |
|  | operative Eingriffe einschließlich endoskopischer und mikroskopischer Techniken, davon |  |
|  | an Ohr, Ohrschädel, Gehörgang, Ohrmuschel einschließlich Felsenbeinpräparationen |  |
|  | an Nasennebenhöhlen, Nase und Weichteilen des Gesichtsschädels |  |
|  | plastische Maßnahmen geringen Schwierigkeitsgrades an Nase und Ohr |  |
|  | im Pharynx |  |
|  | im Bereich des Kehlkopfs und der oberen Luftröhre einschließlich Tracheotomie |  |
|  | Tracheobronchoskopie |  |
|  | am äußeren Hals |  |
|  | an Speicheldrüsen und –ausführungsgängen |  |
|  | Eingriffe bei Schlafapnoe |  |
|  | traumatologische Eingriffe |  |
|  | Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade, z. B. bei mikrochirurgischen Ohr­operationen große tumorchirurgische Operationen im Kopf-Hals-Bereich, bei endoskopischer Ethmoidektomie und Pansinusoperationen, bei neuro­plastischen Eingriffen, bei Gefäßersatz und mikrovaskulären Anastomosen |  |
|  | lasergestützte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren |  |

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 |