auszustellen auf dem Geschäftsbogen der Klinik bzw. der Praxis

Leistungskatalog/ ergänzende Anlage zum Zeugnis über die Weiterbildung in dem Gebiet

**Humangenetik**

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) |
|  | klinisch-genetische Diagnostik erblich bedingter Krankheiten angeborener Fehlbildungen und Fehlbildungs­syndrome |  |
|  | Befunderhebung und Risiko­abschätzung bei |  |
|  | * monogenen und komplexen Erbgängen |  |
|  | * numerischen und strukturellen Chromosomenaberrationen |  |
|  | * molekulargenetischen Befunden |  |
|  | genetische Beratungen einschließlich Erhebung der Familienanamnese in drei Generationen und Erstellung einer epikritischen Beurteilung bei 50 verschiedenen Krankheitsbildern. |  |
|  | Chromosomenanalysen |  |
|  | * pränatal, davon |  |
|  | * + einschließlich aller Kultivierungs- und Präparationsschritte |  |
|  | * postnatal, davon |  |
|  | * + einschließlich aller Kultivierungs- und Präparationsschritte |  |
|  | Methoden der molekularen Zyto­genetik einschließlich chromosomaler in-situ Hybridisierung, davon |  |
|  | * an Interphasekernen einschließlich aller Kultivierungs- und Präparationsschritte |  |
|  | * an Metaphasechromosomen einschließlich aller Kultivierungs- und Präparationsschritte |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** | **Selbständig durchgeführt**  (oder mitgewirkt, wenn gefordert) |
|  | prä- und postnatale molekulargenetische Analysen, davon |  |
|  | * pränatal einschließlich aller erforderlichen Laborschritte |  |
|  | * postnatal, davon |  |
|  | * + einschließlich aller erforderlichen Laborschritte |  |

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 |