auszustellen auf dem Geschäftsbogen der Klinik bzw. der Praxis

Leistungskatalog/ ergänzende Anlage zum Zeugnis über die Weiterbildung in der

Facharztkompetenz

**Innere Medizin**

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) |
|  | Elektrokardiogramm |  |
|  | Ergometrie |  |
|  | Langzeit-EKG |  |
|  | Langzeitblutdruckmessung |  |
|  | spirometrische Untersuchungen der Lungenfunktion |  |
|  | Ultraschalluntersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich Urogenital­organe |  |
|  | Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse |  |
|  | Doppler-Sonographien der Extremitäten versorgenden und der extrakraniellen Hirn versorgenden Gefäße |  |
|  | Punktions- und Katheterisierungs­techniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial |  |
|  | Infusions-, Transfusions- und Blutersatz­therapie, enterale und parenterale Ernährung |  |
|  | Proktoskopie |  |
|  | Echokardiographien sowie Doppler-/Duplex-Untersuchungen des Herzens und der herznahen Gefäße |  |
|  | Mitwirkung bei Bronchoskopien einschließlich broncho-alveolärer Lavage |  |
|  | Ösophago-Gastro-Duodenoskopien einschließlich interventioneller Notfall-Maßnahmen und perkutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG) |  |
|  | untere Intestinoskopien einschließ­lich endoskopischer Blutstillung, davon |  |
|  | * Proktoskopien |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** | **Selbständig durchgeführt**  (oder mitgewirkt, wenn gefordert) |
|  | Therapie vital bedrohlicher Zu­stände, Aufrecht­erhaltung und Wiederherstellung bedrohter Vitalfunktionen mit den Methoden der Notfall- und Intensivmedizin einschließlich Intubation, Beatmungsbehandlung sowie Entwöhnung von der Beatmung einschließlich nichtinvasiver Beatmungstechniken, hämodynamisches Monitoring, Schockbehandlung, Schaffung zentraler Zugänge, Defibrillation, Schrittmacherbehandlung |  |
|  | Selbstständige Durchführung von Punktionen,  z. B. an Blase, Pleura, Bauchhöhle, Liquorraum, Leber, Knochenmark einschließlich Knochenstanzen |  |

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 |