auszustellen auf dem Geschäftsbogen der Klinik bzw. der Praxis

Leistungskatalog/ ergänzende Anlage zum Zeugnis über die Weiterbildung in der

Facharztkompetenz

**Kinderchirurgie**

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 |  |
|  | Ultraschalluntersuchungen des Schädels, Halses, Thorax, Abdomens und Retro­peritonealraumes, der Urogenitalorgane, der Weichteile und des Skelettes ein­schließlich Doppler-, Duplexsonographien |  |
|  | diagnostische Endkoskopien des Tracheobronchialsystems, des Thorax, Magen-Darm- und Urogenitaltraktes |  |
|  | konservative Behandlung von |  |
|  | * Frakturen und Luxationen einschließlich Repositionen
 |  |
|  | * Weichteil- und Organverletzungen
 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** | **Selbständig durchgeführt**(oder mitgewirkt, wenn gefordert) |
|  | operative Eingriffe einschließlich endoskopischer, minimal-invasiver, mikrochirurgischer und Laser-Techniken, davon |  |
|  | * an Kopf und Hals, z. B. Trepanationen, ventrikuläre Liquorableitungen, Osteoplastik bei Kraniosynostose, Tracheo­tomien, Thyreoidektomien, Kor­rektur von Kiemengangsanoma­lien, ösophagotracheale Fisteln, Verletzungen und muskulärer Schiefhals, Tumorresektionen
 |  |
|  | * an Brustwand und Brusthöhle, z. B. Korrekturen von Fehlbil­dungen, Erkrankungen und Verletzungen der Brustwand, der Brusthöhle, des Mediastinums, des Tracheobronchial­systems, der Lungen und des Oesophagus, Resektion äußerer, mediastinaler und pulmonaler Tumoren
 |  |
|  | * an Bauchwand, Bauchhöhle und Retroperitoneum, davon
 |  |
|  | * offene chirurgische und laparoskopische Eingriffe, z. B. bei Erkrankungen und Fehlbildungen der Bauch­wand und des Abdomens, kindlichen Tumoren, im Retroperitonealraum und am Anorektum
 |  |
|  | * am Oberbauch, z. B. am Magen, Pylorus, bei gastroösophagealem Reflux, am Zwerchfell, an der Leber, extra­hepatischen Gallenwegen, Milz
 |  |
|  | * an Dünn- und Dickdarm einschließlich Rektum, davon
 |  |
|  | * spezielle Operationen, z. B. Atresien und anderen Fehlbildungen, entzündlichen Erkrankungen, Ileus, Anus praeter naturalis, davon
 |  |
|  | * + bei Säuglingen
 |  |
|  | * Appendektomien
 |  |
|  | * Hernien, davon
 |  |
|  | * + bei Säuglingen
 |  |
|  | * am Urogenitaltrakt, davon
 |  |
|  | * Korrektur von Fehlbildungen der Nieren, ableitende Harn­wege und des inneren und äußeren Genitale ein­schließlich Verletzungen, Tumorresektionen
 |  |
|  | * am Gefäß-, Nerven- und Lymph­system, z. B. bei Fehl­bildungen einschließlich Dysraphien, Verlet­zungen und Tumoren, Anlage von Shunts, Port-Implantationen
 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** | **Selbständig durchgeführt**(oder mitgewirkt, wenn gefordert) |
|  | * am Stütz- und Bewegungssystem,
 |  |
|  | * operative Versorgungen von Frak­turen der langen Röhrenknochen
 |  |
|  | * operative Versorgung von gelenk­nahen Frakturen und Verletzungen großer Gelenke
 |  |
|  | Versorgung ausgedehnter Weichteilverletzungen |  |
|  | weitere Eingriffe, davon |  |
|  | * nach Verletzungen der Hand, bei Weich­teil-, Knochen- und Gelenk­infektionen; Sehnen‑/Nerven­nähte, Amputationen, Arthrotomien, Osteotomien, Spongiosaplastiken, Tumorresektionen, Osteosynthesen-Materialentfernungen
 |  |
|  | * bei plastisch-rekonstruktiven Eingriffen, z. B. bei Fehlbildungen, kongenitalen Defekten und Defektverletzungen an Kopf, Hals, Brustwand, Rumpf, Extremitäten, Zwerchfellplastiken, Haut-, Muskel-, Sehnen- und Knorpelplastiken
 |  |

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 |