auszustellen auf dem Geschäftsbogen der Klinik bzw. der Praxis

Leistungskatalog/ ergänzende Anlage zum Zeugnis über die Weiterbildung in der

Facharztkompetenz

**Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

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) |
|  | sonographische Untersuchungen der Gesichts- und Halsweichteile sowie der Nasennebenhöhlen und Doppler-/Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße |  |
|  | Lokal- und Regionalanästhesie |  |
|  | Infusions-, Transfusions- und Blutersatz­therapie, enterale und parenterale Ernährung |  |
|  | Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Unter­suchungsmaterial |  |
|  | Tracheotomien |  |
|  | operative Eingriffe in der |  |
|  | * dentoalveolären Chirurgie,z. B. Wurzelspitzenresektionen, parodontalchirurgische Maßnahmen
 |  |
|  | * septischen Chirurgie, z. B. Kieferhöhlenoperationen, Speichelsteinentfernungen
 |  |
|  | * Chirurgie bei Verletzungen, z. B. operative Versorgung von kombinier­ten Weichteil- und Knochenverletzungen
 |  |
|  | * Fehlbildungschirurgie,z. B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Operationen
 |  |
|  | * kieferorthopädischen und Kiefergelenks­chirurgie, z. B. Osteotomien bei skelettalen Dysgnathien
 |  |
|  | * präprothetischen Chirurgie, z. B. Mundvorhofplastik, enossale Implantationen
 |  |
|  | * Tumorchirurgie, z. B. Probeexzisionen, Tumorresektionen
 |  |
|  | * Chirurgie an peripheren Gesichtsnerven, z. B. Dekompressionen, Nerven-Verlagerungen, Neurolyse und Wiederherstellung der sensiblen und motorischen Nerven
 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** | **Selbständig durchgeführt**(oder mitgewirkt, wenn gefordert) |
|  | * plastischen und Wiederherstellungs­chirurgie, z. B. Anlegen oder Umschneidung von Fern- und Nahlappen, Überpflanzung von Haut, Knochen und Knorpel
 |  |
|  | sonstige Eingriffe im Zusammenhang mit Mund-Kiefer und Gesichtsoperationen, z. B. Tracheotomien, mikrochirurgische Transplantationen einschließlich des Präparierens von Gefäßanschlüssen |  |
|  | 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 |