auszustellen auf dem Geschäftsbogen der Klinik bzw. der Praxis

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

**Neurochirurgie**

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) |
|  | neurophysiologische Untersuchungen, z. B. Elektroenzephalogramm einschließlich evozierten Potenzialen, Elektromyogramm |  |
|  | sonographische Untersuchungen und Doppler-/ Duplex-Untersuchungen extrakranieller hirnversorgender und intrakranieller Gefäße |  |
|  | Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung |  |
|  | Punktions- und Katheterisierungs­techniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungs­material aus dem Liquorsystem |  |
|  | einfache Beatmungstechniken einschließlich der Beatmungs­entwöhnung |  |
|  | Lokal- und Regionalanästhesie |  |
|  | neurochirurgische Eingriffe einschließlich minimalinvasiver, stereotaktischer und endoskopischer Methodik, auch unter Anwendung der Neuronavigation |  |
|  | an peripheren und vegetativen Nerven,  z. B. Verlagerung, Naht, Neurolyse, Tumorentfernung |  |
|  | an der zervikalen, thorakalen und lumbalen Wirbelsäule,  z. B. Nervenwurzel-, Rücken­marks­dekompression, Versorgung von Wirbelsäulen­verletzungen |  |
|  | bei Schädel-Hirn-Verletzungen,  z. B. von intra- und extraduralen Hämatomen, Liquorfisteln, Impressionsfrakturen |  |
|  | bei supra- und infratentoriellen intrazerebralen Prozessen, einschließlich Tumor-Operationen |  |
|  | bei Schädel-, Hirn- und spinalen Fehlbildungen, z. B. Liquorableitungen, Operationen bei Spaltmissbildungen |  |
|  | bei Schmerzsyndromen,  z. B. augmentative, destruierende, Implantations-Verfahren |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | bei diagnostischen Eingriffen, z. B. Myelographie, lumbale und ventrikuläre Liquordrainage mit und ohne Druckmessung, Biopsien |  |
|  | bei sonstigen chirurgischen Maßnahmen,  z. B. Eingriffe an extrakraniellen Gefäßen, Tracheotomien, Wundrevision |  |

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 |