auszustellen auf dem Geschäftsbogen der Klinik bzw. der Praxis

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

**Neurologie**

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) |
|  | Elektroenzephalographie |  |
|  | Elektromyographie |  |
|  | Elektroneurographie einschließlich der kortikalen Magnetstimulation |  |
|  | visuelle, somatosensible, akustisch evozierte Potentiale |  |
|  | Funktionsdiagnostik des autonomen Nervensystems |  |
|  | Funktionsanalysen bei peripheren und zentralen Bewegungsstörungen und Gleichgewichtsstörungen |  |
|  | Funktionsanalysen bei Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen |  |
|  | neuro-otologische Untersuchungen,  z. B. experimentelle Nystagmusprovokation, spinovestibuläre, vestibulospinale und zentrale Tests |  |
|  | verhaltensneurologische und neuropsychologische Testverfahren |  |
|  | sonographische Untersuchungen und Doppler-/ Duplex-Untersuchungen extrakranieller hirnversorgender Gefäße und intrakranieller Gefäße |  |
|  | neurologische Befunderhebung bei Störungen der höheren Hirnleistungen,  z. B. der Selbst- und Defizitwahrnehmungen, der Motivation, des Antriebs, der Kommunikation, der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der räumlichen Fähigkeiten, des Denkens, des Handelns, der Kreativität |  |
|  | Erstellung von Rehabilitationsplänen, Überwachung und epikritische Bewertung der Anwendung von Rehabilitationsverfahren |  |
|  | **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** | **Selbständig durchgeführt**  (oder mitgewirkt, wenn gefordert) |
|  | Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial aus dem Liquorsystem |  |
|  | Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung |  |

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 |