auszustellen auf dem Geschäftsbogen der Klinik bzw. der Praxis

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

**Physiologie**

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) |
|  | den allgemeinen Inhalten der Weiterbildung für die Abschnitte B und C |  |
|  | den Grundlagen der Physik, Physikalischen Chemie, Biochemie, Mathematik und Bio­statistik einschließlich der Datenverarbeitung sowie Anatomie, Histologie und Zytologie |  |
|  | der Physiologie des Blutes, des Herzens und Blutkreislaufs sowie der Atmung der Physio­logie des Stoffwechsels, des Energie- und Wärmehaushaltes, der Ernährung und Verdauung des Elektrolyt- und Wasser­haushaltes und des endokrinen Systems sowie der homöostatischen Mechanismen und Regulationen |  |
|  | der Physiologie der peripheren Nerven und der Rezeptoren, des Muskels, des zentralen Nervensystems und des vegetativen Nervensystems |  |
|  | der Physiologie der Sinnesorgane |  |
|  | der Physiologie der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit in allen Lebensaltersstufen |  |
|  | den elektrophysiologischen Methoden zur Untersuchung der Eigenschaften des zentralen Nervensystems sowie der neuralen und muskulären Elemente |  |
|  | den Methoden der Herz-Kreislauf- und Atmungsphysiologie |  |
|  | den Methoden der Leistungsphysiologie |  |
|  | den tierexperimentellen Arbeitstechniken |  |

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 |