auszustellen auf dem Geschäftsbogen der Klinik bzw. der Praxis

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

**Radiologie**

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 einschließlich Doppler-/ Duplex-Untersuchungen, an allen Organen und Organsystemen |  |
|  | radiologische Diagnostik einschließlich Computertomographie, z. B. an |  |
|  | * Skelett und Gelenken
 |  |
|  | * Schädel einschließlich Spezialaufnahmen
 |  |
|  | - Wirbelsäule |  |
|  | * Thorax und Thoraxorganen
 |  |
|  | * Abdomen und Abdominalorganen
 |  |
|  | * Urogenitaltrakt
 |  |
|  | * der Mamma (alle Verfahren)
 |  |
|  | * Gefäßen
 |  |
|  | Magnetresonanztomographien,z. B. an Hirn, Rückenmark, Nerven, Skelett, Gelenken, Weichteilen einschließlich der Mamma, Thorax, Abdomen, Becken, Gefäßen |  |
|  | interventionelle und minimal-invasive radiologische Verfahren, davon |  |
|  | * Gefäßpunktionen, -zugänge und -katheterisierungen
 |  |
|  | * rekanalisierende Verfahren, z. B. PTA, Lyse, Fragmentation, Stent
 |  |
|  | * perkutane Einbringung von Implantaten
 |  |
|  | * gefäßverschließende Verfahren, z. B. Embolisation, Sklerosierung
 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** | **Selbständig durchgeführt**(oder mitgewirkt, wenn gefordert) |
|  | Punktionsverfahren zur Gewinnung von Gewebe und Flüssigkeiten sowie Drainagen von pathologischen Flüssigkeitsansammlungen |  |
|  | perkutane Therapie bei Schmerzzuständen und Tumoren sowie ablative und gewebestabilisierende Verfahren |  |

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 |