



# Logbuch

zur Dokumentation der Weiterbildung gem. Weiterbildungsordnung (WO)

über die Zusatz-Weiterbildung

## Andrologie

(zur WO vom 21.09.2019 in der Änderungsfassung vom 02.04.2022  
– in Kraft getreten am 01.07.2023)

### Angaben zur Person

.....  
Name/Vorname (Rufname bitte unterstreichen)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Geb.-Datum

.....  
Geburtsort/ggf. -land

Akademische Grade: Dr. med. ☐ sonstige

.....  
ausländische Grade ☐ welche

### Weiterbildungsgang

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation / § 10 BÄO in zeitlicher Reihenfolge:

| Nr. | von bis | Weiterbildungsstätte<br><small>Hochschulen, Krankenhausabt., Instituten etc.</small><br>(Ort, Name) | Weiterbilder | Gebiet/Schwerpunkt/<br>Zusatz-Weiterbildung | Zeit in<br>Monaten |
|-----|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------|--------------------|
| 1   | von bis |                                                                                                     |              |                                             |                    |

Bei Wechsel der Dienststelle verwenden Sie bitte ein neues Logbuch.

[Ggf. mit Beiblatt ergänzen. Unterbrechungen und Teilzeitgenehmigungen vermerken.]

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## **Ausfüllhinweise:**

Das Logbuch dient dazu, den Stand der eigenen Weiterbildung selbst zu ermitteln!

Am Anfang der Weiterbildung sollten Sie sich darüber informieren, welche Inhalte in der gewählten Weiterbildungskompetenz vermittelt werden. Diese finden Sie in der Weiterbildungsordnung und in den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung sowie in diesem Logbuch.

Mit Hilfe dieses Logbuches können Sie für sich dokumentieren, welche Kenntnisse und Fertigkeiten Sie bereits erworben haben bzw. Ihnen noch fehlen.

Bei einem Wechsel der Weiterbildungsstätte sollten Sie bereits im Bewerbungsgespräch klären, ob die Ihnen noch fehlenden Inhalte an dieser Weiterbildungsstätte vermittelt werden.

Wichtige Hinweise:

- Das Logbuch ist kontinuierlich während der gesamten Weiterbildungszeit zu führen.
- Alle Logbuchseiten sind mit Namen und Vornamen zu versehen, um eine eindeutige Identifizierung zu gewährleisten.
- Alle Unterschriften müssen identifizierbar und mit dem entsprechenden Klinik- oder Praxisstempel versehen sein.
- Sollte nicht genügend Platz für alle Angaben sein, können auch einzelne Logbuchseiten hinzugefügt werden.
- Im Logbuch ist jährlich die Anzahl der einzelnen absolvierten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einzutragen; bei den Angaben sind die realen Zahlen einzutragen. Geschätzte, gerundete oder ein „mehr als“ bzw. zusammenfassende Klammer über die Logbuchseiten mit nur einer Unterschrift sind nicht ausreichend.
- Nach Abschluss eines Weiterbildungsabschnittes – jedoch mindestens einmal jährlich – ist ein Gespräch zum Stand der Weiterbildung zwischen dem Weiterbildungsleiter und dem in Weiterbildung befindlichen Kollegen zu führen, in welchem der Stand der Weiterbildung von beiden beurteilt wird. Der Inhalt dieses Gespräches ist zu dokumentieren (siehe weiter hinten im Logbuch). Während dieses Gespräches sollten die im zurückliegenden Jahr absolvierten Inhalte besprochen und vom Weiterbildungsleiter unterschrieben werden (jede Spalte). Dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung sind die Nachweise über alle Gespräche zur Weiterbildung beizufügen (§ 8 WO).
- Das Logbuch ist neben Zeugnis und Leistungskatalog dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung beizufügen.

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

## Zusatz-Weiterbildung Andrologie Seite 3 von 7 Seiten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Weiterbildungsinhalte der Zusatz-Weiterbildung

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse                                                                             | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten                                                          | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Andrologie</b>                                                          |                                                                                                             |                                                                  |                                |                                           |                                     |                                          |                                                          |
|                                                                                                                           | Prävention und Früherkennung<br>andrologischer Krankheitsbilder                                             |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
| Psychogene Symptome, somatopsychische<br>Reaktionen und psychologische Führung<br>andrologischer Patienten                |                                                                                                             |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
| <b>Hormonelle Störungen</b>                                                                                               |                                                                                                             |                                                                  |                                |                                           |                                     |                                          |                                                          |
|                                                                                                                           | Erkennung, Diagnostik und Therapie der<br>Pubertas tarda                                                    |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                                                                                           | Erkennung, Diagnostik und Therapie des<br>endokrinen Hypogonadismus, auch beim<br>alternden Mann            | ___ / 100                                                        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                                                                                           | Erkennung, Diagnostik und konservative<br>Therapie der Gynäkomastie                                         |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
| Endokrinologische Diagnostik und Therapie<br>andrologischer Erkrankungen, Indikation zu<br>diagnostischen Funktionstesten |                                                                                                             |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |
| <b>Infertilität und ungewollte Kinderlosigkeit</b>                                                                        |                                                                                                             |                                                                  |                                |                                           |                                     |                                          |                                                          |
|                                                                                                                           | Erkennung, Diagnostik und Therapie der<br>männlichen Infertilität                                           |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                                                                                           | Diagnostik, Beratung und Therapie<br>entzündlicher Erkrankungen des männlichen<br>Genitale bei Infertilität |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

## Zusatz-Weiterbildung Andrologie

Seite 4 von 7 Seiten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse          | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten                                                                                               | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                                        | Interdisziplinäre Indikationsstellung für Verfahren der assistierten Reproduktion                                                                | ___ / 25                                                         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                        | Beratung des Paares bei ungewollter Kinderlosigkeit                                                                                              |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                        | Andrologische Beratung, auch onkologischer Patienten, bezüglich Kryokonservierung von Spermatozoen und Hodengewebe                               | ___ / 25                                                         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
| <b>Sexualmedizinische Aspekte</b>                      |                                                                                                                                                  |                                                                  |                                |                                           |                                     |                                          |                                                          |
|                                                        | Diagnostik und Therapie von Störungen der Erektion, der Libido, der Ejakulation und der Kohabitation einschließlich sexualmedizinischer Beratung | ___ / 100                                                        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                        | Beratung zur männlichen Kontrazeption                                                                                                            |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
| <b>Diagnostik und Therapie</b>                         |                                                                                                                                                  |                                                                  |                                |                                           |                                     |                                          |                                                          |
|                                                        | Sonographische/Duplexsonographische Untersuchungen des männlichen Genitale einschließlich Hoden, Nebenhoden, Skrotalgefäße, Penis                | ___ / 100                                                        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                        | Ejakulatuntersuchungen nach WHO-Vorgaben einschließlich Spermaaufbereitungsmethoden                                                              | ___ / 50                                                         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
| Grundlagen andrologischer hereditärer Krankheitsbilder |                                                                                                                                                  |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

## Zusatz-Weiterbildung Andrologie Seite 5 von 7 Seiten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse                                                                                                                                                                                                                                            | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten                                                  | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Indikationsstellung zur humangenetischen Diagnostik und Beratung bei andrologischen Fragestellungen |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Einordnung des histologischen Ergebnisses der Hodenbiopsie in das Krankheitsbild                    |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |                                                          |
| Indikationen und Prinzipien andrologisch relevanter Operationen, z. B.<br>Varikozelenoperation, Hodenbiopsie einschließlich testikuläre<br>Spermienextraktion, mikrochirurgische epididymale Spermienaspiration,<br>Vasektomie, Refertilisierung, Korporoplastik, Schwellkörperimplantat |                                                                                                     |                                                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |                                          |                                                          |

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### **Dokumentation der jährlichen Gespräche gemäß § 8 WBO**

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):

Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden

-----

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):

Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden

-----

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):

Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden

-----

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis) \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):

Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden

-----

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):

Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden

-----

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):

Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden

-----

## **A N H A N G**

### **Auszug aus Abschnitt A – Paragraphenteil – der Weiterbildungsordnung**

#### **§ 2 a Begriffsbestimmungen**

<sup>1</sup>Im Sinne dieser Weiterbildungsordnung werden folgende Begriffe definiert:

(1)

<sup>1</sup>**Kompetenz** umfasst die während einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung erworbenen und nachgewiesenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten auf der Grundlage der Weiterbildungsinhalte der Abschnitte B und C der Weiterbildungsordnung und stellt eine Teilmenge eines Gebietes dar. <sup>2</sup>Die jeweiligen Kompetenzen werden insbesondere im Rahmen der beruflichen Tätigkeit während der Weiterbildung erworben und durch eine Prüfung vor der Ärztekammer nachgewiesen.

(2)

<sup>1</sup>**Fallseminar** ist eine Weiterbildungsmaßnahme mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers, wobei unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten anhand von vorgestellten Fallbeispielen und deren Erörterung Kenntnisse und Fähigkeiten sowie das dazugehörige Grundlagenwissen erweitert und gefestigt werden.

(3)

<sup>1</sup>Der **stationäre Bereich** umfasst Einrichtungen, in denen Patienten aufgenommen und/oder Tag und Nacht durchgängig ärztlich betreut werden; hierzu gehören insbesondere Krankenhausabteilungen, Rehabilitationskliniken und Belegabteilungen und Tageskliniken.

(4)

<sup>1</sup>Zum **ambulanten Bereich** gehören insbesondere ärztliche Praxen, Institutsambulanzen, poliklinische Ambulanzen und Medizinische Versorgungszentren.

(5)

<sup>1</sup>Unter **Notfallaufnahme** wird die Funktionseinheit eines Akutkrankenhauses verstanden, in welcher Patienten zur Erkennung bedrohlicher Krankheitszustände einer Erstuntersuchung bzw. Erstbehandlung unterzogen werden, um Notwendigkeit und Art der weiteren medizinischen Versorgung festzustellen.

(6)

<sup>1</sup>Als **Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung** gelten: Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Humangenetik, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Phoniatrie und Pädaudiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Urologie.

(7)

<sup>1</sup>Das **elektronische Logbuch** für die Weiterbildung (Logbuch) dient der kontinuierlichen Dokumentation der absolvierten Weiterbildungsinhalte durch die Weiterzubildende/den Weiterzubildenden sowie der Bestätigung des erreichten Weiterbildungsstandes durch die zur Weiterbildung befugte Ärztin bzw. den zur Weiterbildung befugten Arzt. <sup>2</sup>Das jeweilige Logbuch enthält die in den Abschnitten B bzw. C geregelten Weiterbildungsinhalte sowie Richtzahlen, soweit diese vom Kammervorstand beschlossen wurden. <sup>3</sup>Die Darstellung erfolgt nach Maßgabe der **Anlage I**.

(8)

<sup>1</sup>In einem von der Ärztekammer **fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan** können die in der Weiterbildungsordnung umschriebenen Kompetenzen näher erläutert werden; dieser kann einen Rahmen für die didaktisch-strukturierte Vermittlung der Weiterbildungsinhalte geben.