

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

5. FA für Augenheilkunde

1. Angaben zur Person

Akad. Grad _____

Vorname _____

Name _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer, wenn bekannt

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der Gesundheitsberatung und Früherkennung einschließlich Amblyopie, Glaukom- und Makuladegenerationsvorsorge	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Erkennung, konservativen und operativen Behandlung und Nachsorge von Erkrankungen, Funktionsstörungen, Verletzungen und Komplikationen des Sehorgans, der Sehbahn und der Hirnnerven	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Neuroophthalmologie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Erhebung optometrischer Befunde und der Bestimmung und Verordnung von Sehhilfen einschließlich Anpassung von Kontaktlinsen und vergrößernden Sehhilfen sowie Indikationsstellung für refraktivchirurgische Verfahren	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Erkennung und Behandlung nicht paretischer und paretischer Stellungs- und Bewegungsstörungen der Augen, der okulären Kopfwangshaltungen und des Nystagmus	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Rehabilitation von Sehbehinderten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Ergo-, Sport- und Verkehrsophthalmologie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen und Einordnung der Ergebnisse	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie einschließlich immunologischer und infektiologischer Bezüge	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

Berichtszeitraum (i.d.R. 1 Jahr) von: _____ bis: _____

Bitte tragen Sie die exakten Ist-Zahlen des angegebenen Berichtszeitraumes ein!

200	sonographische Untersuchungstechniken bei ophthalmologischen Erkrankungen und Verletzungen, davon	_____
100	- Untersuchungen zur Gewebedarstellung	_____
50	- Biometrien der Achsenlänge	_____
25	- Hornhautdickenmessungen	_____
	optometrische Untersuchungen, davon	
250	- Brillenkorrekturen von Refraktionsfehlern	_____
50	- Kontaktlinsenanpassungen oder -kontrollen	_____

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->

Lassak/Fech/Walfort 40735



5. FA für Augenheilkunde

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer, wenn bekannt

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	Berichtszeitraum	(i.d.R. 1 Jahr) von:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	bis:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
--	------------------	----------------------	---	------	---

Bitte tragen Sie die exakten Ist-Zahlen des angegebenen Berichtszeitraumes ein!

- | | | |
|---|---|-----------|
| 50 | - Anpassung von vergrößernden Sehhilfen | _ _ _ _ _ |
| ophthalmologische Untersuchungstechniken, davon | | _ _ _ _ _ |
| 300 | - Durchführung und Befundung von Untersuchungen weiterer Funktionen des Sehvermögens, z. B. des Gesichtsfeldes, des Farbsinns (Anomaloskopie und andere Verfahren) des Lichtsinns, des Kontrast- und Dämmerungssehens bei Patienten | _ _ _ _ _ |
| 50 | - Untersuchung und Befundung nicht paretischer und paretischer Stellungs- und Bewegungsstörungen der Augen (Heterophorie, Heterotropie), der okulären Kopfwangshaltungen und des Nystagmus, Untersuchung der Veränderungen bei Amblyopien sowie die Früherkennung dieser Erkrankungen bei Patienten | _ _ _ _ _ |
| 100 | - durchgeführte und dokumentierte Untersuchungen zur Diagnostik und Differentialdiagnostik neuroophthalmologischer Krankheitsbilder ggf. einschl. differenzierter Pupillendiagnostik bei Patienten | _ _ _ _ _ |
| 25 | - Durchführung und Befundung von elektrophysiologischen Untersuchungen | _ _ _ _ _ |
| 50 | - Durchführung und Befundung von Fluorezenzangiographien | _ _ _ _ _ |
| 100 | - Durchführung und Befundung von okulären Kohärenztomographien und/oder Papillentomographien | _ _ _ _ _ |
| 100 | Lokal- und Regionalanästhesien | _ _ _ _ _ |
| ophthalmologische Eingriffe an | | _ _ _ _ _ |
| 50 | - Lidern und Tränenwegen, z. B. Korrektur von Entropium und Ektropium, Lidmuskeloperationen, Dehnung und Strikturspaltung der Tränenwege | _ _ _ _ _ |
| 50 | - Bindehaut und Hornhaut, z. B. Fremdkörperentfernung, Wundnaht | _ _ _ _ _ |
| 25 | - einfachen intraokulären Eingriffen, z. B. Parazentese, Iridektomie, Zyklorkryo-, Zyklolaserdestruktion, Kryoretinopexie | _ _ _ _ _ |
| 10 | - geraden Augenmuskeln | _ _ _ _ _ |
| laserchirurgische Eingriffe | | _ _ _ _ _ |
| 50 | - am Vorderabschnitt des Auges | _ _ _ _ _ |
| 100 | - an der Retina | _ _ _ _ _ |
| 100 | Intraokuläre Eingriffe, einschließlich Netzhaut- und Glaskörperoperationen und Augenmuskeloperationen höheren Schwierigkeitsgrades, z. B. Katarakt-, Glaukom-, Amotiooperationen, Vitrektomien, Enukleationen, Keratoplastiken, plastisch-rekonstruktive Eingriffe | _ _ _ _ _ |

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



5. FA für Augenheilkunde

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer, wenn bekannt

Hinweis:

Die Zahlen auf der linken Seite entsprechen den Leistungszahlen, die ein/e Assistenzarzt/ärztin in der gesamten Weiterbildungszeit erbringen muss, um die inhaltlichen Vorgaben der WO erfüllen zu können.

Die Angabe "BK" (Basiskompetenz) bedeutet, dass der Erwerb von Kenntnissen, Fertigkeiten und Erfahrungen gefordert ist, ohne dass hierfür eine festgelegte Mindestzahl vom jeweiligen Assistenzarzt/ärztin nachgewiesen werden muss.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der o. g. Daten wird bestätigt.

Ort

_____._____._____
Datum

Unterschrift / Stempel

