

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

10. FA Haut- und Geschlechtskrankheiten

1. Angaben zur Person

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

Arztnummer, wenn bekannt

Akad. Grad _____

Vorname _____

Name _____

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der Gesundheitsberatung, (Früh-)Erkennung, konservativen und operativen Behandlung und Rehabilitation der Haut, Unterhaut und deren Gefäße, der Hautanhangsgebilde und hautnahen Schleimhäute einschließlich der gebietsbezogenen immunologischen Krankheitsbilder	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Vorbeugung, Erkennung, operativen Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Tumoren des Hautorgans und der hautnahen Schleimhäute einschließlich den Grundlagen der gebietsbezogenen Tumorthherapie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Erkennung und Behandlung gebietsbezogener allergischer und pseudoallergischer Erkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen und Infestationen an Haut und hautnahen Schleimhäuten und Geschlechtsorganen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Erkennung andrologischer Störungen und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Erkennung und Behandlung der gebietsbezogenen epifaszialen Gefäßerkrankungen einschließlich der chronisch venösen Insuffizienz, des Ulcus cruris und der peripheren lymphatischen Abflussstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Erkennung proktologischer Erkrankungen und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie einschließlich topischer und systemischer Pharmaka und der Galenik von Dermatika	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation berufsbedingter Dermatosen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
den Grundlagen der Gewerbe- und Umweltdermatologie einschließlich der gebietsbezogenen Toxikologie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Wundversorgung, Wundbehandlung und Verbandslehre	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Notfallbehandlung des anaphylaktischen Schocks	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

10. FA Haut- und Geschlechtskrankheiten

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

Arztnummer, wenn bekannt

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen und Einordnung der Ergebnisse in das jeweilige Krankheitsbild	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Indikationsstellung und Überwachung physikalischer, balneologischer und klimatologischer Therapiemaßnahmen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der dermatologischen nicht ionisierenden Strahlenbehandlung und Lasertherapie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Indikationsstellung und Einordnung von Befunden gebietsbezogener histologischer und molekularbiologischer Untersuchungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
ernährungsbedingten Hautmanifestationen einschließlich diätetischer Behandlung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
den Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung	<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	unspezifische und allergenvermittelte Provokations- und Karenztests einschließlich epikutaner, kutaner und intrakutaner Tests sowie Erstellung eines Therapieplans (Krankheitsfälle)	<input type="text"/>
25	Hyposensibilisierung (Krankheitsfälle)	<input type="text"/>
100	dermatologische Früherkennungsuntersuchungen	<input type="text"/>
	operative Eingriffe, davon	
100	- Exzisionen von benignen und malignen Tumoren	<input type="text"/>
BK	- lokale und regionale Lappenplastiken, auch unter Verwendung artefizieller Hautdehnungsverfahren	<input type="text"/>
25	- freie Hauttransplantationen durch autologe und andere Transplantate	<input type="text"/>
50	- phlebologische operative Eingriffe, z. B. epifasziale Venenexhairese, Ulcusdeckung, Unterbindung insuffizienter Venae perforantes, Crossektomie, superfizielle Thrombektomie	<input type="text"/>
50	- ästhetisch operative Dermatologie wie Narbenkorrekturen, Konturverbesserungen, Dermabrasionen, physiko-chemische Dermablationen	<input type="text"/>
50	- proktologische Eingriffe wie Haemorrhoidalsklerosierung, Mariskenexzision, Fissurektomie, Entfernung analer Condylomata acuminata	<input type="text"/>

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

10. FA Haut- und Geschlechtskrankheiten

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

Arztnummer, wenn bekannt

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

Berichtszeitraum

(i.d.R. 1 Jahr) von:

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

bis:

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

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

50	- Eingriffe mit kryotherapeutischen Verfahren	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
50	- Eingriffe mit lasertherapeutischen Verfahren, z. B. ablativ, korrektiv, selektiv-photothermolytisch	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
25	Eingriffe höherer Schwierigkeitsgrade	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
25	Sklerosierungstherapie oberflächlich gelegener Venen	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
200	Sonographie der Haut und hautnahen Lymphknoten einschließlich Doppler-/Duplexsonographie peripherer Gefäße	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
250	dermoskopische Verfahren	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
100	phlebologische Funktionsuntersuchungen wie Verschlussplethysmographie, Lichtreflexrheographie	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
50	Photochemotherapie, Balneophototherapie und photodynamische Therapie	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
150	Lokal-, Tumescenz- und Regionalanästhesien	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
BK	Punktions- und Katheterisierungstechniken	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
10	Gestaltung von dermatologischen Rehabilitationsplänen	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
BK	mykologische und venerologische Untersuchungen einschließlich kultureller Verfahren und Erregerbestimmung	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
100	gebietsbezogene Diagnostik sexuell übertragbarer Krankheiten	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
BK	Trichogramm	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

10. FA Haut- und Geschlechtskrankheiten

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

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

