

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

10. FA Haut- und Geschlechtskrankheiten

1. Angaben zur Person

Akad. Grad _____

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

Arztnummer, wenn bekannt

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

ja nein

der Vorbeugung, Erkennung, operativen Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Tumoren des Hautorgans und der hautnahen Schleimhäute einschließlich den Grundlagen der gebietsbezogenen Tumortherapie

ja nein

der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten

ja nein

psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen

ja nein

der Erkennung und Behandlung gebietsbezogener allergischer und pseudoallergischer Erkrankungen

ja nein

der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen und Infestationen an Haut und hautnahen Schleimhäuten und Geschlechtsorganen

ja nein

der Erkennung andrologischer Störungen und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung

ja nein

der Erkennung und Behandlung der gebietsbezogenen epifaszialen Gefäßerkrankungen einschließlich der chronisch venösen Insuffizienz, des Ulcus cruris und der peripheren lymphatischen Abflusstörungen

ja nein

der Erkennung proktologischer Erkrankungen und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung

ja nein

der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie einschließlich topischer und systemischer Pharmaka und der Galenik von Dermatika

ja nein

der Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation berufsbedingter Dermatosen

ja nein

den Grundlagen der Gewerbe- und Umweltdermatologie einschließlich der gebietsbezogenen Toxikologie

ja nein

der Wundversorgung, Wundbehandlung und Verbandslehre

ja nein

der Notfallbehandlung des anaphylaktischen Schocks

ja 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

ja nein

der Indikationsstellung und Überwachung physikalischer, balneologischer und klimatologischer Therapiemaßnahmen

ja nein

der dermatologischen nicht ionisierenden Strahlenbehandlung und Lasertherapie

ja nein

der Indikationsstellung und Einordnung von Befunden gebietsbezogener histologischer und molekularbiologischer Untersuchungen

ja nein

ernährungsbedingten Hautmanifestationen einschließlich diätetischer Behandlung

ja nein

den Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung

ja 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 epikutinaner, kutaner und intrakutaner Tests sowie Erstellung eines Therapieplans (Krankheitsfälle)

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

25 Hyposensibilisierung (Krankheitsfälle)

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

100 dermatologische Früherkennungsuntersuchungen

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

operative Eingriffe, davon

100 - Exzisionen von benignen und malignen Tumoren

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

BK - lokale und regionale Lappenplastiken, auch unter Verwendung artifizieller Hautdehnungsverfahren

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

25 - freie Hauttransplantationen durch autologe und andere Transplantate

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

50 - phlebologische operative Eingriffe,
z. B. epifasziale Venenexhairese, Ulcusdeckung, Unterbindung insuffizienter Venae perforantes, Crossektomie, superfizielle Thrombektomie

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

50 - ästhetisch operative Dermatologie wie Narbenkorrekturen,
Konturverbesserungen, Dermabrasionen, physiko-chemische Dermablationen

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

50 - proktologische Eingriffe wie Haemorrhoidalsklerosierung,
Mariskenexzision, Fissurektomie, Entfernung analer Condylomata acuminata

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

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

10. FA Haut- und Geschlechtskrankheiten

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

10. FA Haut- und Geschlechtskrankheiten

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

