

# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## 13.6 FA für Innere Medizin und Kardiologie

### 1. Angaben zur Person

Akad. Grad \_\_\_\_\_

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

Arztnummer bitte stets angeben

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

### Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der Erkennung sowie konservativen und interventionellen Behandlung von angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufs, der herznahen Gefäße, des Perikards

ja  nein

Beratung und Führung von Herz- Kreislaufpatienten in der Rehabilitation sowie ihre sozialmedizinische Beurteilung hinsichtlich beruflicher Belastbarkeit

ja  nein

der Durchführung und Beurteilung diagnostischer Herzkatheteruntersuchungen

ja  nein

therapeutische Koronarinterventionen (z. B. PTCA, Stentimplantationen, Rotablation)

ja  nein

der Durchleuchtung, Aufnahmetechnik und Beurteilung von Röntgenbefunden bei Angiokardiographien und Koronarangiographien

ja  nein

der Beurteilung von Valvuloplastien

ja  nein

interventionellen Therapien von erworbenen und kongenitalen Erkrankungen des Herzens und der herznahen Gefäße

ja  nein

der medikamentösen und apparativen antiarrhythmischen Diagnostik und Therapie einschließlich Defibrillation

ja  nein

der Schrittmachertherapie und -nachsorge

ja  nein

der Indikationsstellung und Nachsorge von Kardioverter-Defibrillatoren und Ablationen zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

ja  nein

der interdisziplinären Indikationsstellung und Beurteilung nuklearmedizinischer Untersuchungen sowie chirurgischer Behandlungsverfahren

ja  nein

der intensivmedizinischen Basisversorgung

ja  nein

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## 13.6 FA für Innere Medizin und Kardiologie

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

Arztnummer bitte stets angeben

### Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

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

--	--	--	--	--

 bis: 

--	--	--	--	--

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

500	Echokardiographien einschließlich Farbdoppler, davon	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
50	- Streßechokardiographien	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
50	- Echokontrastuntersuchungen	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
50	transoesophageale Echokardiographie	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
50	Rechtsherzkatheteruntersuchungen gegebenenfalls einschließlich Belastung	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
10	Spiro-Ergometrie	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
300	Linksherzkatheteruntersuchungen einschließlich der dazugehörigen Linksherz-Angiographien und Koronarangiographien	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
300	Langzeituntersuchungsverfahren, z. B. ST-Segmentanalysen, Herzfrequenzvariabilität, Spätpotentiale	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
100	Applikation/Implantation von Schrittmachersonden/-aggregaten	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
100	Schrittmacherkontrollen	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
50	Kontrollen von internen Cardiovertern bzw. Defibrillatoren (ICD)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						

**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.

Strukturspezifische Zusatz-Abfrage:

Linksherzkatheter-Labor vor Ort vorhanden?

ja  nein

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

Ort

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

  
Datum

Unterschrift / Stempel

