

# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## 14. FA für Kinder- und Jugendmedizin

### 1. Angaben zur Person

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

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

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

Arztnummer, wenn bekannt

### Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der Beurteilung der körperlichen, sozialen, psychischen und intellektuellen Entwicklung des Säuglings, Kleinkindes, Kindes und Jugendlichen ☐ ja ☐ nein

der Erkennung und koordinierten Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter ☐ ja ☐ nein

der Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen und der Gesundheitsberatung/-vorsorge einschließlich ihrer Bezugspersonen ☐ ja ☐ nein

Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsmaßnahmen einschließlich orientierende Hör- und Sehprüfungen ☐ ja ☐ nein

der Prävention ☐ ja ☐ nein

der Behandlung im familiären und weiteren sozialen Umfeld und häuslichen Milieu einschließlich der Hausbesuchstätigkeit und sozialpädiatrischer Maßnahmen ☐ ja ☐ nein

der Einleitung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen sowie der Nachsorge ☐ ja ☐ nein

der Erkennung und Behandlung angeborener und im Kindes- und Jugendalter auftretender Störungen und Erkrankungen einschließlich der Behandlung von Früh- und Reifgeborenen ☐ ja ☐ nein

den Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung ☐ ja ☐ nein

der Erkennung und Behandlung von bakteriellen, viralen, mykotischen und parasitären Infektionen einschließlich epidemiologischer Grundlagen ☐ ja ☐ nein

altersbezogenen neurologischen Untersuchungsmethoden und der Differentialdiagnostik neurologischer Krankheitsbilder ☐ ja ☐ nein

der Reifebeurteilung von Früh- und Neugeborenen und Einleitung neonatologischer Behandlungsmaßnahmen ☐ ja ☐ nein

Durchführung und Beurteilung entwicklungs- und psychodiagnostischer Testverfahren und Einleitung therapeutischer Verfahren ☐ ja ☐ nein

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## 14. FA für Kinder- und Jugendmedizin

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

Arztnummer, wenn bekannt

### Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

orientierenden Untersuchungen des Sprechens, der Sprache und der Sprachentwicklung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Entwicklung und Erkrankung des kindlichen Immunsystems	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Erkennung und Behandlung gebietsbezogener allergischer Erkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Erkennung und Behandlung von Störungen des Wachstums und der Pubertätsentwicklung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen einschließlich diätetischer Behandlung und Schulung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Betreuung und Schulung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen, z. B. Asthmaschulung, Diabetesschulung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Gewalt- und Suchtprävention	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Sexualberatung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Erkennung und Bewertung von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen, von sozial- und umweltbedingten Gesundheitsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
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 logopädischer, ergo- und physiotherapeutischer sowie physikalischer Therapiemaßnahmen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->





# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## 14. FA für Kinder- und Jugendmedizin

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

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!*

BK Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial

--	--	--	--	--

50 Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung

--	--	--	--	--

#### 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

