

# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## 14. FA für Kinder- und Jugendmedizin

### 1. Angaben zur Person

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

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

Arztnummer, wenn bekannt

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

### 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 ->

58548 Lassak/Fech/Walfort



# 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. Astmaschulung, 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

### Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie

ja  nein

der Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschließlich lebensrettender Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung einschließlich bei Früh- und Neugeborenen

ja  nein

der intensivmedizinischen Basisversorgung

ja  nein

der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten

ja  nein

interdisziplinärer Koordination einschließlich der Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer und sozialer Hilfen in Behandlungs- und Betreuungskonzepte

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	Kinder- und Jugendlichen-Vorsorgeuntersuchungen einschließlich orientierender Hör- und Seh-Untersuchungen	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
50	Elektrokardiogramm einschließlich Langzeit-EKG	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
BK	Langzeit-Blutdruckmessung	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
25	spirometrische Untersuchungen der Lungenfunktion	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
200	unspezifische und allergenvermittelte Provokations- und Karenztests einschließlich epikutane, kutane und intrakutane Tests einschließlich Erstellung eines Therapieplanes	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
25	Hyposensibilisierung	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
	Ultraschalluntersuchungen,							
300	- des Abdomens, des Retroperitoneums, der Urogenitalorgane (einschließlich Dopplertechniken)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
100	- des Gehirns	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
100	- der Schilddrüse, der Nasennebenhöhlen sowie der Gelenke und Weichteile	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
200	- der Säuglingshüfte	<table border="1"><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

## 14. FA für Kinder- und Jugendmedizin

<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!

- 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 eine 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

