

# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## 18. FA für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

### 1. Angaben zur Person

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

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

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

Arztnummer, wenn bekannt

### Weiterbildungsinhalte

*Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in*

der Gesundheitsberatung, Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Erkrankungen des Zahnes, des Zahnhalteapparates, der Alveolarfortsätze einschließlich der Implantologie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Erkennung und Behandlung von Erkrankungen der Kiefer, Kiefergelenke und des Jochbeins einschließlich der chirurgischen Kieferorthopädie und Korrekturen der Biss- und Kaufunktionen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Erkennung, Behandlung und Nachsorge von Erkrankungen einschließlich Tumoren des Gaumens, der Lippen, der Zunge, der Mundhöhlenwandungen, der Speicheldrüsen, des Naseneingangs, der Weichteile des Gesichtsschädels einschließlich der gebietsbezogenen Nerven und regionalen Lymphknoten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
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
der Indikationsstellung, Durchführung und Interpretation gebietsbezogener Röntgenuntersuchungen einschließlich Strahlenschutz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
lasergestützten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der prothetischen Versorgung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
den Grundlagen der Indikationsstellung zur operativen und konservativen Behandlung einschließlich der Risikoeinschätzung und prognostischen Beurteilung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände, die keinen eigenständigen Krankheitswert erlangt haben	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie	<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

### Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

Berichtszeitraum (i.d.R. 1 Jahr) von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

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

200	sonographische Untersuchungen der Gesichts- und Halsweichteile sowie der Nasennebenhöhlen und Doppler-/Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße	_____
50	Lokal- und Regionalanästhesie	_____
50	Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung	_____
BK	Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial	_____

*Fortsetzung auf der nächsten Seite ->*



# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## 18. FA für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

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!

- |     |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10  | Tracheotomien   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | operative Eingriffe in der  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 200 | - dentoalveolären Chirurgie,<br>z. B. Wurzelspitzenresektionen, parodontalchirurgische Maßnahmen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 100 | - septischen Chirurgie,<br>z. B. Kieferhöhlenoperationen, Speichelsteinentfernungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 100 | - Chirurgie bei Verletzungen,<br>z. B. operative Versorgung von kombinierten Weichteil- und Knochenverletzungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10  | - Fehlbildungschirurgie, z. B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Operationen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10  | - kieferorthopädischen und Kiefergelenkschirurgie,<br>z. B. Osteotomien bei skelettalen Dysgnathien   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25  | - präprothetischen Chirurgie, z. B. Mundvorhofplastik, enossale Implantationen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50  | - Tumorchirurgie, z. B. Probeexzisionen, Tumorresektionen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10  | - Chirurgie an peripheren Gesichtsnerven,<br>z. B. Dekompressionen, Nerven-Verlagerungen, Neurolyse und<br>Wiederherstellung der sensiblen und motorischen Nerven                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25  | - plastischen und Wiederherstellungschirurgie,<br>z. B. Anlegen oder Umschneidung von Fern- und Nahlappen, Überpflanzung<br>von Haut, Knochen und Knorpel                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10  | sonstige Eingriffe im Zusammenhang mit Mund-Kiefer- und Gesichtsoptionen,<br>z. B. Tracheotomien, mikrochirurgische Transplantationen einschließlich des<br>Präparierens von Gefäßanschlüssen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20  | lasergestützte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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

