

# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## 18. FA für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

### 1. Angaben zur Person

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

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

Arztnummer, wenn bekannt

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

### 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  ja  nein

der Erkennung und Behandlung von Erkrankungen der Kiefer, Kiefergelenke und des Jochbeins einschließlich der chirurgischen Kieferorthopädie und Korrekturen der Biss- und Kaufunktionen  ja  nein

der Erkennung, Behandlung und Nachsorge von Erkrankungen einschließlich Tumoren des Gaumen, der Lippen, der Zunge, der Mundhöhlenwandungen, der Speicheldrüsen, des Naseneingangs, der Weichteile des Gesichtsschädels einschließlich der gebietsbezogenen Nerven und regionalen Lymphknoten  ja  nein

den Grundlagen der gebietsbezogenen Tumortherapie  ja  nein

der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten  ja  nein

der Indikationsstellung, Durchführung und Interpretation gebietsbezogener Röntgenuntersuchungen einschließlich Strahlenschutz  ja  nein

lasergestützten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren  ja  nein

der prothetischen Versorgung  ja  nein

den Grundlagen der Indikationsstellung zur operativen und konservativen Behandlung einschließlich der Risikoeinschätzung und prognostischen Beurteilung  ja  nein

der Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände, die keinen eigenständigen Krankheitswert erlangt haben  ja  nein

psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen  ja  nein

der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie  ja  nein

der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen und Einordnung der Ergebnisse in das jeweilige Krankheitsbild  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 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 ->

1487 Lassak/Fech/Walfort



# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## 18. FA für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

<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!

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

#### 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

1487 Lassak/Fech/Walfort

