

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

19. FA für Neurochirurgie

1. Angaben zur Person

Akad. Grad _____

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

Arztnummer, wenn bekannt

Vorname _____

Name _____

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Erkennung, konservativen, operativen Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Krankheiten einschließlich Tumoren des Schädelns, des Gehirns, der Wirbelsäule, des Rückenmarks, deren Gefäße und zuführenden Gefäße, der peripheren Nerven, des vegetativen Nervensystems und des endokrinen Systems ja nein
- der Erkennung, operativen Behandlung und Nachsorge neuroonkologischer Erkrankungen einschließlich der Grundlagen der gebietsbezogenen Tumorthерапie ja nein
- der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten ja nein
- die Indikationsstellung und Auswertung neuroradiologischer Verfahren ja nein
- der Erhebung einer intraoperativen radiologischen Befundkontrolle unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes ja nein
- psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen ja nein
- der Erkennung und Behandlung von Schmerzsyndromen ja nein
- der Erkennung psychogener Syndrome ja nein
- der interdisziplinären Zusammenarbeit, z. B. bei radiochirurgischen Behandlungen ja nein
- der Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschließlich lebensrettender Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung ja nein
- der Hirntoddiagnostik einschließlich der Organisation von Organspende 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
- der Indikationsstellung und Überwachung physikalischer, ergotherapeutischer und logopädischer Therapiemaßnahmen ja nein
- der intensivmedizinischen Basisversorgung ja nein

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

19. FA für Neurochirurgie

<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!

- | | | |
|-----|--|--|
| 200 | neurophysiologische Untersuchungen,
z. B. Elektroenzephalogramm einschließlich evozierten Potenzialen,
Elektromyogramm | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 200 | sonographische Untersuchungen und Doppler-/ Duplex-Untersuchungen
extrakranieller hirnversorgender und intrakranieller Gefäße | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 50 | Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und
parenterale Ernährung | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 100 | Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung
von Untersuchungsmaterial aus dem Liquorsystem | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| BK | einfache Beatmungstechniken einschließlich der Beatmungsentwöhnung | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 50 | Lokal- und Regionalanästhesie | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | neurochirurgische Eingriffe einschließlich minimalinvasiver, stereotaktischer und
endoskopischer Methodik, auch unter Anwendung der Neuronavigation | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 25 | an peripheren und vegetativen Nerven,
- z. B. Verlagerung, Naht, Neurolyse, Tumorentfernung | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 100 | - an der zervikalen, thorakalen und lumbalen Wirbelsäule,
z. B. Nervenwurzel-, Rückenmarksdekompression, Versorgung von
Wirbelsäulenverletzungen | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 50 | - bei Schädel-Hirn-Verletzungen,
z. B. von intra- und extraduralen Hämatomen, Liquorfisteln, Impressionsfrakturen | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 50 | - bei supra- und infratentoriellen intrazerebralen Prozessen einschließlich
Tumor-Operationen | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 50 | - bei Schädel-, Hirn- und spinalen Fehlbildungen,
z. B. Liquorleitungen, Operationen bei Spaltmissbildungen | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

19. FA für Neurochirurgie

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

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

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

- | | | |
|-----|--|--|
| 10 | - bei Schmerzsyndromen,
z. B. augmentative, destruierende, Implantations-Verfahren | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 150 | - bei diagnostischen Eingriffen,
z. B. Myelographie, lumbale und ventrikuläre Liquordrainage mit und ohne
Druckmessung, Biopsien | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 25 | - bei sonstigen chirurgischen Maßnahmen,
z. B. Eingriffe an extrakraniellen Gefäßen, Tracheotomien, | <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/ärztein nachgewiesen werden muss.

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

Ort

Datum

Unterschrift / Stempel

10590 Lassak/Fech/Walfort

