

# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## 19. FA für Neurochirurgie

### 1. Angaben zur Person

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

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

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

Arztnummer, wenn bekannt

### Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der Erkennung, konservativen, operativen Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Krankheiten einschließlich Tumoren des Schädels, 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 Tumorthherapie ☐ 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 ->



## 19. FA für Neurochirurgie

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

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

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



## 19. FA für Neurochirurgie

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

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  | - bei Schmerzsyndromen,<br>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,<br>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,<br>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/ärztin nachgewiesen werden muss.*

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

Ort

*Datum*

Unterschrift / Stempel

