

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

25. FA Physikalische und Rehabilitative Medizin

1. Angaben zur Person

Akad. Grad _____

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

Arztnummer, wenn bekannt

Vorname _____

Name _____

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Rehabilitationsabklärung und Rehabilitationssteuerung ja nein
- der Klassifikation von Gesundheitsstörungen nach der aktuellen Definition der WHO ja nein
- der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich der Frührehabilitation mit dem Ziel der Beseitigung bzw. Verminderung von Krankheitsfolgen, der Verbesserung und Kompensation gestörter Funktionen und der Integration in Bereiche der beruflich/schulischen, sozialen und persönlichen Teilhabe ja nein
- den Grundlagen der Diagnostik von Rehabilitation erfordern Krankheiten, Verletzungen und Störungen und deren Verlaufskontrolle ja nein
- der Indikationsstellung, Verordnung, Steuerung, Kontrolle und Dokumentation von Maßnahmen und Konzepten der physikalischen Medizin einschließlich der Heil- und Hilfsmittel unter kurativer und rehabilitativer Zielsetzung ja nein
- den physikalischen Grundlagen, physiologischen und pathophysiologischen Reaktionsmechanismen einschließlich der Kinesiologie und der Steuerung von Gelenk- und Muskel-, Nerven- und Organfunktionen ja nein
- der Besonderheit von angeborenen Leiden und von Erkrankungen des Alters ja nein
- der physikalischen Therapie wie Krankengymnastik, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, manuelle Therapie, Massagetherapie, Elektro- und Ultraschalltherapie, Hydrotherapie, Inhalationstherapie, Wärme- und Kälteträgertherapie, der Balneotherapie, Phototherapie ja nein
- der Behandlung im multiprofessionellen Team einschließlich Koordination der interdisziplinären Zusammenarbeit ja nein
- Aufgaben, Strukturen und Leistungen in der Sozialversicherung ja nein
- den Grundlagen und der Anwendung von Verfahren zur Bewertung der Aktivitätsstörung/Partizipationsstörung einschließlich Kontextfaktoren (Assessments) ja nein
- der Erstellung von Behandlungs- und Rehabilitationsplänen einschließlich Steuerung, Überwachung und Dokumentation des Rehabilitationsprozesses im Rahmen der Sekundär-, Tertiärprävention und Nachsorge ja nein
- der Patienteninformation und Verhaltensschulung sowie in der Angehörigenbetreuung ja nein
- der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie ja nein
- psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen ja nein
- der Bewertung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Arbeitsfähigkeit, der Berufs- und Erwerbsfähigkeit, des Grades der Behinderung sowie der Pflegebedürftigkeit auch unter gutachterlichen Aspekten ja nein

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

25. FA Physikalische und Rehabilitative Medizin

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Arztnummer, wenn bekannt

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

Berichtszeitraum

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

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

bis:

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

500 Erstellung von Behandlungs- und Rehabilitationsplänen einschließlich deren epikritischer Bewertung

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

300 spezielle Verfahren der rehabilitativen Diagnostik, z. B. rehabilitative Assessments, sensomotorische Tests, Leistungs-, Verhaltens- und Funktionsdiagnostiktests, neuropsychologische Tests

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

400 rehabilitative Interventionen, z. B. Rehabilitationspflege, Dysphagietherapie, neuropsychologisches Training, Biofeedbackverfahren, Musik- und Kunsttherapie, rehabilitative Sozialpädagogik, Diätetik, Entspannungsverfahren einschließlich physikalischer Therapieverfahren, z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, manuelle Therapie, medizinische Trainingstherapie, Elektrotherapie, Thermotherapie, Massagen, Lymphtherapie, Hydro- und Balneotherapie, Inhalationstherapie

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

500 funktionsbezogene apparative Messverfahren, z. B. Muskelfunktionsanalyse, Stand- und Ganganalyse, Bewegungsanalyse, Algometrie, Thermometrie

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

Ort

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Datum

Unterschrift / Stempel

