

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

9.2 FA für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

1. Angaben zur Person

Akad. Grad _____

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

Arztnummer, wenn bekannt

Vorname _____

Name _____

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der Erkennung, konservativen Behandlung und Rehabilitation von organischen, funktionellen, peripheren und zentralen Funktionsstörungen der Stimme, des Sprechens, der Sprache, des Schluckens und des kindlichen Hörens, der Hörreifung, -verarbeitung und -wahrnehmung einschließlich psychosomatischer Störungen und der Beratung von Angehörigen ja nein

Erkennung auditiver, visueller, kinästhetischer und taktiler Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen im Kindesalter einschließlich entwicklungsneurologischer und -psychologischer Zusammenhänge ja nein

der Diagnostik der Grob-, Fein-, und Mundmotorik im Zusammenhang mit Schluck-, Sprech- und Sprachstörungen einschließlich Prüfung der Dysarthrophonie, Aphasien und Apraxien ja nein

der alters- und entwicklungsgemäßen Kinderaudiometrie mit subjektiven und objektiven Hörprüfungen einschließlich Screening-Verfahren auch bei Neugeborenen und Säuglingen ja nein

der Sprach- und Sprechtherapie einschließlich Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation auf phonetisch-phonologischer, morphologisch-syntaktischer, semantischer und pragmatisch-kommunikativer Ebene ja nein

der Stimmtherapie einschließlich Maßnahmen zur Verbesserung von Selbst- und Fremdwahrnehmung, Tonusregulierung, Atmung, Artikulation, Phonation und Ersatzstimmbildung ja nein

der Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten im Kindesalter einschließlich Gebrauchsschulung ja nein

der Rehabilitation nach Hörgeräteversorgung und Cochlea-Implantation im Kindesalter ja nein

Stimmeleistungsuntersuchungen bei Sprech- und Stimmberufen einschließlich Stimmhygiene ja nein

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

9.2 FA für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

<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!

- | | | | | | | | |
|-----|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 50 | Ableitung akustisch und somatosensorisch evozierter Potenziale | <input type="text"/> |
| 50 | elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA) im Kindesalter | <input type="text"/> |
| 50 | Messung otoakustischer Emissionen im Kindesalter | <input type="text"/> |
| 50 | Hörschwellen-Bestimmung mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spieldiagnostischen Verfahren im Kindesalter | <input type="text"/> |
| 25 | subjektive und objektive Methoden zur Diagnostik zentraler Hörstörungen im Kindesalter | <input type="text"/> |
| 25 | Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter | <input type="text"/> |
| 25 | Sprach- und Lesetests bei Erwachsenen | <input type="text"/> |
| 25 | entwicklungs-, neuro- und leistungspsychologische Testverfahren | <input type="text"/> |
| 50 | instrumentelle Analysen des Stimm- und Sprachschalls in Frequenz-, Intensitäts- und Zeitbereich, z. B. Stimmfeldmessung, Grundtonfrequenzbestimmung, Spektral- und Periodizitätsanalysen | <input type="text"/> |
| 50 | Untersuchung der Phonationsatmung mit Bestimmung statischer und dynamischer Lungenfunktionsparameter | <input type="text"/> |
| 200 | Analyse der Stimmlippenschwingungen mittels Stroboskopie und Elektroglottographie | <input type="text"/> |
| 10 | fachbezogene Elektromyographie und Elektroneurographie einschließlich der kortikalen Magnetstimulation | <input type="text"/> |
| 50 | Dysphagiadiagnostik phoniatrischer Erkrankungen | <input type="text"/> |
| 50 | Durchführung und digitale Auswertung der Videopharyngolaryngoskopie | <input type="text"/> |

Hinweis:

Die Zahlen auf der linken Seite entsprechen den Leistungszahlen, die ein/e Assistanzärzt/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

Datum

Unterschrift / Stempel

28654 Lassak/Fech/Walfort

