

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

31. FA Strahlentherapie

1. Angaben zur Person

Akad. Grad _____

Vorname _____

Name _____

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

Arztnummer bitte stets angeben

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- | | |
|---|---|
| den Grundlagen der Strahlenphysik und Strahlenbiologie von Tumoren und gesunden Geweben bei diagnostischer und therapeutischer Anwendung ionisierender Strahlen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| den Grundlagen der für die Bestrahlungsplanung erforderlichen bildgebenden Verfahren zur Therapieplanung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| der Strahlentherapie einschließlich der Indikationsstellung und Bestrahlungsplanung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| der medikamentösen und physikalischen Begleitbehandlung zur Verstärkung der Strahlenwirkung im Tumor und zur Protektion gesunder Gewebe | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| den Grundlagen der intracavitären und interstitiellen Brachytherapie | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| der Behandlung von Tumoren im Rahmen von Kombinationsbehandlungen und interdisziplinärer Therapiekonzepte einschließlich der Facharztkompetenz bezogenen Zusatz-Weiterbildung Medikamentösen Tumortherapie als integraler Bestandteil der Weiterbildung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| der Nachsorge und Rehabilitation von Tumorpatienten | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| den Grundlagen der Ernährungsmedizin einschließlich diätetischer Beratung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| den Grundlagen des Strahlenschutzes beim Patienten und Personal einschließlich der Personalüberwachung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| den Grundlagen des Strahlenschutzes beim Umgang mit offenen und geschlossenen radioaktiven Strahlern einschließlich des baulichen und apparativen Strahlenschutzes | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| der Gerätekunde | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

31. FA Strahlentherapie

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

Arztnummer bitte stets angeben

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	Berichtszeitraum (i.d.R. 1 Jahr) von: <input style="width: 20px;" type="text"/> bis: <input style="width: 20px;" type="text"/>
--	---

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

500	Anwendung bildgebender Verfahren zur Therapieplanung, z. B. Röntgensimulator, Computertomographie, Ultraschalluntersuchungen	<input style="width: 20px;" type="text"/>
500	Erstellung strahlentherapeutischer Behandlungspläne auch unter Einbeziehung von Kombinationstherapien und interdisziplinärer Behandlungskonzepte	<input style="width: 20px;" type="text"/>
500	externe Strahlentherapie (Teilchenbeschleuniger, radioaktive Quellen, Röntgentherapie) einschließlich mit Linearbeschleunigern	<input style="width: 20px;" type="text"/>
100	Brachytherapie einschließlich bei Tumoren des weiblichen Genitale	<input style="width: 20px;" type="text"/>
500	Bestrahlungsplanungen mit einem Simulator einschließlich Einbezug von Rechnerplänen und Computertomographie	<input style="width: 20px;" type="text"/>
500	zytostatische, immunmodulatorische, antihormonelle sowie supportive Therapiezyklen bei soliden Tumorerkrankungen des Gebietes einschließlich der Beherrschung auftretender Komplikationen	<input style="width: 20px;" type="text"/>
300	Chemotherapiezyklen einschließlich nachfolgender Überwachung	<input style="width: 20px;" type="text"/>
50	Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung	<input style="width: 20px;" type="text"/>
	abgeschlossene und dokumentierte zytostatische Therapien	<input style="width: 20px;" 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 _____

Datum

Unterschrift / Stempel

