

# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## 32. FA für Transfusionsmedizin

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

Arztnummer bitte stets angeben

### 1. Angaben zur Person

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

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

### Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

den für die Produktsicherheit erforderlichen laboranalytischen Methoden und deren Interpretation	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Diagnostik von Antigenen auf Blutzellen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
dem Nachweis von Antikörpern einschließlich Verträglichkeitsuntersuchungen vor Transfusionen und Transplantationen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Vorbeugung, Erkennung, Präparateauswahl und Behandlungsempfehlung auch im Rahmen der perinatalen Hämotherapie und immunhämatologischen Diagnostik der Mutterschaftsvorsorge	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Patienteninformation und Patientenkommunikation über Indikation, Durchführung und Risiken von hämotherapeutischen Behandlungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Planung, Organisation und Durchführung von Blutspendeaktionen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Spenderauswahl und medizinischen Betreuung von Blutspendern	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Immunprophylaxe	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Gewinnung, Herstellung, Prüfung, Bearbeitung und Weiterentwicklung zellulärer, plasmatischer und spezieller Blutkomponenten sowie deren Lagerung und Transport	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der präparativen Hämapherese beim Blutspender und der therapeutischen Hämapherese beim Patienten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Indikation, Spenderauswahl und Durchführung der autologen Blutspende	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Indikation, Spenderauswahl, Spenderkonditionierung und Gewinnung von allogenen und autologen Stammzellen einschließlich der Produktbearbeitung, Freigabe und Lagerung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Präparation und Expansion autologer und allogener Vorläuferzellen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Langzeitlagerung und -kryokonservierung von Blutkomponenten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Freigabe, Verteilung und Entsorgung der Blutkomponenten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Durchführung und Bewertung von Rückverfolgungsverfahren	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Erfassung und Bewertung von transfusionsmedizinischen Nebenwirkungen einschließlich Therapiemaßnahmen bei einem Transfusionszwischenfall und einer serologischen Notfallsituation	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## 32. FA für Transfusionsmedizin

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

Arztnummer bitte stets angeben

### Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der primären Notfallversorgung einschließlich der Schockbehandlung und der Herz-Lungen-Wiederbelebung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
den Grundlagen der Organisation der Blutversorgung im Katastrophenfall	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der diagnostischen und therapeutischen Konsiliartätigkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Gewinnung von Untersuchungsmaterial sowie Probentransport, -eingangsbegutachtung, -aufbereitung und -untersuchung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Erkennung, Bewertung und Steuerung von Einflussgrößen auf Messergebnisse	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Durchführung und Bewertung von immunhämatologischen Untersuchungen an korpuskulären und plasmatischen Bestandteilen des Blutes sowie an blutbildenden Zellen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
den Grundlagen der Transplantationsimmunologie und Organspende	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Therapie mit Hämotherapeutika	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
den Grundlagen für den Verkehr von Blut und Blutprodukten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Aufbau und Leitung von Transfusionskommissionen an Krankenhaus/Praxis	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

### Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

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

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

- 10.000 Bearbeitung der Blutkomponenten, z. B. Separationstechnik, Filtration, Waschen, Kryokonservierung, Bestrahlung mit ionisierenden Strahlen, Einengen, Zusammenfügen und andere Techniken resultierend aus Blutspenden
- klinisch-chemische, hämostaseologische und infektiologische Laboranalytik im Rahmen der Hämotherapie, davon
- 10.000 - bei der Herstellung von Blutkomponenten
- 10.000 - bei der Anwendung von Blutkomponenten

*Fortsetzung auf der nächsten Seite ->*



# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## 32. FA für Transfusionsmedizin

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

Arztnummer bitte stets angeben

### Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

Berichtszeitraum

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

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

bis:

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

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

	immunhämatologische, zytometrische und molekularbiologische Bestimmungen von Antigenen des Blutes sowie von Allo- und Auto-Antikörpern gegen korpuskuläre Blutbestandteile, davon	<input type="text"/>
5.000	- Blutgruppenbestimmungen bei Patienten	<input type="text"/>
5.000	- Blutgruppenbestimmung bei Spendern	<input type="text"/>
10.000	- Verträglichkeitsproben	<input type="text"/>
500	- Transfusionen korpuskulärer, nicht erythrozytärer Blutkomponenten	<input type="text"/>
50	Apheresen, davon	<input type="text"/>
10	- therapeutische Apheresen	<input type="text"/>
10	- präparative Apheresen einschließlich Stammzellapheresen	<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

Datum

Unterschrift / Stempel

