

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

33. FA für Urologie

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

Arztnummer, wenn bekannt

1. Angaben zur Person

Akad. Grad _____

Vorname _____

Name _____

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen, Infektionen, Verletzungen und Fehlbildungen des männlichen Urogenitalsystems und der weiblichen Harnorgane sowie Notfallversorgung ja nein

der Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, Behandlung und Nachsorge von urologischen Tumorerkrankungen ja nein

den Grundlagen der gebietsbezogenen Tumorthherapie einschließlich der Indikationsstellung zur urologischen Strahlentherapie ja nein

der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten ja nein

den umwelthygienischen Aspekten der Entstehung urologischer Tumore ja nein

der Erkennung und Behandlung der erektilen Dysfunktion einschließlich der Erkennung andrologischer Störungen und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung ja nein

der Familienplanung und Sexualberatung des Mannes und des Paares ja nein

der Sterilisation und (Re-)Fertilisierung des Mannes ja nein

der Erkennung und Behandlung gebietsbezogener endokrin bedingten Alterungsprozesse ja nein

der Erkennung proktologischer Erkrankungen und der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung ja nein

der Ernährungsberatung und Diätetik bei urologischen Erkrankungen ja nein

der Indikationsstellung zur operativen Behandlung und der Risikoeinschätzung und prognostischen Beurteilung einschließlich der Nierentransplantation ja nein

den Prinzipien der perioperativen Diagnostik und Behandlung ja nein

endoskopischen und minimal-invasiven Operationsverfahren ja nein

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

33. FA für Urologie

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

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 | Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik | <input type="text"/> |
| 50 | Lokal- und Regionalanästhesien | <input type="text"/> |
| 50 | urodynamische Untersuchungen einschließlich Provokationstests und Uroflowmetrie | <input type="text"/> |
| 100 | extrakorporale Stoßwellenbehandlung | <input type="text"/> |
| 250 | urologische Eingriffe einschließlich endoskopischer, laparoskopischer, lasertherapeutischer, ultraschallgesteuerter und sonstiger physikalischer Verfahren, davon | <input type="text"/> |
| 50 | - an Niere, Harnleiter, Retroperitonealraum, z. B. Nephrektomie, Ureterskopie, Nierenbeckenplastik | <input type="text"/> |
| 100 | - an Harnblase und Prostata, z. B. Harn-Inkontinenzoperation, Prostataadenomektomie einschließlich transurethraler Prostata- und/oder Blasen tumoroperationen | <input type="text"/> |
| 100 | - am äußeren Genitale und Harnröhre, z. B. Hodenbiopsie, Zirkumzision, Orchidopexie, Varikozelen/ Hydrozelen-Operation, Urethrotomie | <input type="text"/> |
| 50 | Operative Eingriffe höherer Schwierigkeitsgrade, z. B. Radikaloperation bei urologischen Krebserkrankungen | <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 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

