

# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

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

Arztnummer, wenn bekannt

### 1. Angaben zur Person

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

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

### Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- |  |   |
|--|---|
| Erkennung und Behandlung der bösartigen Erkrankungen des weiblichen Genitale und der Brust                             | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| der Schwerpunktkompetenz Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie als integraler Bestandteil der Weiterbildung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Molekularbiologischen, onkogenetischen, immunmodulatorischen, supportiven und palliativen Verfahren                    | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| organ- und fertilitätserhaltenden Verfahren  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| radikalen Behandlungsverfahren   | <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!

- |     |   |  |
|-----|---|--|
| 300 | morphologisch-funktionelle (z. B. Ultraschall, Endoskopie) und invasive (z. B. Punktion, Biopsie) Verfahren der Genitalorgane und Brust                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 100 | organerhaltende und radikale Krebsoperationen am Genitale (z. B. Debulking-OP, Wertheim-OP, Vulvektomie, Lymphadenektomie inguinal, pelvin, paraaortal, Exenteration) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 100 | organerhaltende und radikale Krebsoperationen an der Mamma (ICSI)   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 50  | rekonstruktive Eingriffe am Genitale, den Bauchdecken und der Brust im Zusammenhang mit onkologischen Behandlungen  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->

60080 Lassak/Fech/Walfort



## Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

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

**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!



### **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

