

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

SP Kinder-Kardiologie

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

Arztnummer, wenn bekannt

1. Angaben zur Person

Akad. Grad _____

Vorname _____

Name _____

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der Vorbeugung, invasiven und nicht invasiven Erkennung, konservativen und medikamentösen Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs einschließlich des Perikards, der großen Gefäße und der Gefäße des kleinen Kreislaufs bei Kindern und Jugendlichen von Beginn bis zum Abschluss ihrer somatischen Entwicklung

☐ ja ☐ nein

der Erkennung und Behandlung von Herzrhythmusstörungen einschließlich Mitwirkung bei invasiven elektrophysiologischen Untersuchungen und interventionellen, ablativen Behandlungen

☐ ja ☐ nein

der medikamentösen und apparativen antiarrhythmischen Therapie einschließlich Defibrillation

☐ ja ☐ nein

der Schrittmachertherapie und -nachsorge

☐ ja ☐ nein

der Indikationsstellung und Mitwirkung bei Katheterinterventionen wie Atrioseptostomien, Dilatationen von Klappen und Gefäßen, Verschluss des Ductus arteriosus und anderer Gefäße, Septumdefekte

☐ ja ☐ nein

der Durchleuchtung, Aufnahmetechnik und Beurteilung von Röntgenbefunden bei Angiokardiographien und Koronarangiographien

☐ ja ☐ nein

der interdisziplinären Indikationsstellung zu nuklearmedizinischen Untersuchungen sowie chirurgischen Behandlungsverfahren

☐ ja ☐ nein

der Indikationsstellung und Möglichkeiten zu operativen Eingriffen und ihren kurz- und langfristigen Auswirkungen

☐ ja ☐ nein

der intensivmedizinischen Basisversorgung

☐ ja ☐ nein

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

SP Kinder-Kardiologie

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

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 | Ergometrie einschließlich Spiro-Ergometrie | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 500 | Echokardiographie einschließlich Stressechokardiographie, Echo-Kontrastuntersuchung und fetale Echokardiographie | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 25 | transoesophageale Echokardiographie | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 500 | Doppler-/Duplex-Untersuchungen des Herzens und der großen Gefäße | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 50 | Rechtsherzkatheteruntersuchungen einschließlich Belastung und der dazugehörigen Rechtsherz-Angiokardiographien | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 50 | Linksherzkatheteruntersuchungen einschließlich der dazugehörigen Linksherz-Angiokardiographien und Koronarangiographien | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 100 | Langzeit-EKG | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 50 | Langzeit-Blutdruckmessungen | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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

