

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

SP Kinderradiologie

1. Angaben zur Person

Akad. Grad _____

Vorname _____

Name _____

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Arztnummer bitte stets angeben

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der radiologischen Diagnostik bei Kindern unter besonderer Berücksichtigung der Strahlenschutzmaßnahmen ja nein

den Besonderheiten in der Indikationsstellung und Anwendung ionisierender Strahlen und kern-physikalischer Verfahren im Kindesalter einschließlich der Strahlenbiologie und der Strahlenphysik ja nein

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

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

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

- | | | |
|-------|---|----------------------|
| 1.000 | Ultraschalluntersuchungen einschließlich Doppler-/ Duplex-Untersuchungen an den Organen und Organsystemen beim Kind | <input type="text"/> |
| 500 | radiologische Diagnostik einschließlich Computertomographie beim Kind, davon | <input type="text"/> |
| - | am wachsenden Skelett | <input type="text"/> |
| - | am Schädel einschließlich Teilaufnahmen | <input type="text"/> |
| - | an der Wirbelsäule, am Becken, an den Extremitäten | <input type="text"/> |
| 1.000 | radiologische Diagnostik einschließlich Computertomographie beim Kind, davon | <input type="text"/> |
| - | an Thorax und Thoraxorganen | <input type="text"/> |
| 100 | - am Abdomen einschließlich Magen-Darm-Trakt | <input type="text"/> |
| 100 | - am Urogenitaltrakt | <input type="text"/> |
| 400 | Magnetresonanztomographien beim Kind, z. B. an Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenken, Weichteilen, Thorax, Abdomen, Becken, Gefäßen | <input type="text"/> |
| BK | Interventionelle und minimal-invasive radiologische Verfahren beim Kind | <input type="text"/> |

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



