

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

SP Neonatologie

1. Angaben zur Person

Akad. Grad _____

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

Arztnummer bitte stets angeben

Vorname _____

Name _____

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Erkennung, Überwachung und Behandlung von Störungen und Erkrankungen der postnatalen Adaptation und Unreife bei Früh- und Neugeborenen ja nein
- der Erkennung und Behandlung von Störungen der Kreislaufumstellung, der Temperaturregulation, der Ausscheidungsfunktion und des Säure-Basen-, Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Bilirubinstoffwechsels mit Indikation zur Austauschtransfusion ja nein
- den Besonderheiten der medikamentösen Therapie bei Früh- und Neugeborenen ja nein
- der Erkennung und Behandlung prä-, peri- und postnataler Infektionen und Stoffwechselstörungen des Neugeborenen ja nein
- der Erkennung und Behandlung der Störungen des Sauerstofftransportes und der Sauerstoffaufnahme einschließlich der Frühgeborenen-Retinopathie und des Atemnotsyndroms ja nein
- der enteralen und parenteralen Ernährung von Früh- und Neugeborenen ja nein
- der Erstversorgung und Transportbegleitung von schwerkranken und vital gefährdeten Früh- und Neugeborenen ja nein
- der Primärversorgung und Reanimation des Früh- und Neugeborenen ja nein
- intensivmedizinischen Messverfahren und Maßnahmen einschließlich zentralvenösen Katheterisierungen und Pleuradrainagen ja nein

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

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

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

 bis:

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

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

300 Kreißsaalerstversorgung von Früh- und Neugeborenen mit vitaler Bedrohung, davon:

--	--	--	--	--

50 - mit einem Geburtsgewicht von < 1500 g

--	--	--	--	--

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

SP Neonatologie

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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!

- | | | |
|-----|---|---|
| 100 | Behandlung von komplizierten neonatologischen Krankheitsbildern, z. B. Surfactantmangel, Sepsis, nekrotisierende Enterokolitis, intrakranielle Blutung, Hydrops fetalis, davon: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 50 | - bei untergewichtigen Frühgeborenen (< 1.500 g) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 50 | entwicklungsneurologische Diagnostik | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 50 | differenzierte Beatmungstechnik und Beatmungsentwöhnung einschließlich Surfactantbehandlung | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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

