

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

SP Neuropädiatrie

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

Arztnummer, wenn bekannt

1. Angaben zur Person

Akad. Grad _____

Vorname _____

Name _____

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der Vorbeugung, Erkennung, konservativen Behandlung und Rehabilitation von Störungen und Erkrankungen einschließlich Neoplasien des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems und der Muskulatur ☐ ja ☐ nein

der Erkennung angeborener Fehlbildungen des zentralen Nervensystems, der Störungen der Motorik und der Sinnesfunktionen sowie assoziierter Erkrankungen ☐ ja ☐ nein

der Erkennung und Behandlung entzündlicher, traumatischer und toxischer Erkrankungen und Schäden des Nervensystems und ihrer Folgen ☐ ja ☐ nein

der Behandlung zerebraler Anfälle und Epilepsien ☐ ja ☐ nein

neuromuskulären Erkrankungen und Muskelerkrankungen ☐ ja ☐ nein

vaskulären Erkrankungen des zentralen Nervensystems und der Muskulatur ☐ ja ☐ nein

neurometabolischen, -degenerativen und -genetischen Erkrankungen ☐ ja ☐ nein

der Behandlung von Zerebralparesen ☐ ja ☐ nein

Stadieneinteilung und Verlauf der intrakraniellen Drucksteigerung und des zerebralen Komas sowie der Hirntoddiagnostik ☐ ja ☐ nein

der Beurteilung mentaler, motorischer, sprachlicher und psychischer Entwicklungsstörungen sowie von Behinderungen und ihrer psychosozialen Folgen ☐ ja ☐ nein

der Indikationsstellung zur neuroradiologischen Untersuchung des Nervensystems und der Muskulatur ☐ ja ☐ nein

der Erstellung von Therapie-, Rehabilitations- und Förderplänen und deren Koordination, z. B. im medizinisch-funktionstherapeutischen, psychologisch-pädagogischen und sozialen Bereich ☐ ja ☐ nein

der Bewertung der Anwendung von Rehabilitationsverfahren, Bewegungstherapien einschließlich Laufbandtherapien, krankengymnastischen Verfahren, Logopädie, Ergotherapie, Hilfsmittelversorgung, Sozialmaßnahmen und neuropsychologischem Therapieverfahren ☐ ja ☐ nein

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

SP Neuropädiatrie

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

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!

500 Elektroenzephalogramme

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

200 Polygraphie und elektrophysiologische Untersuchungen, z. B. Elektromyographie, Elektroneurographie, visuell, somatosensibel, motorisch und akustisch evozierte Potenziale

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

100 Ultraschalluntersuchungen des zentralen und peripheren Nervensystems und der Muskulatur

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

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

