

# 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 ->

20665 Lassak/Fech/Walfort



# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## SP Neuropädiatrie

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

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

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

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

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

100 Ultraschalluntersuchungen des zentralen und peripheren Nervensystems und der Muskulatur

<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

