

# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

### 1. Angaben zur Person

Akad. Grad \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

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

Arztnummer, wenn bekannt

### Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der Erkennung und Behandlung maternaler und fetaler Erkrankungen höheren Schwierigkeitsgrades einschließlich invasiver und operativer Maßnahmen und der Erstversorgung des gefährdeten Neugeborenen

☐ ja ☐ nein

der Erkennung fetomaterialer Risiken

☐ ja ☐ nein

der Erkennung und Behandlung von fetalen Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen und Erkrankungen

☐ ja ☐ nein

der Betreuung der Risikoschwangerschaft und Leitung der Risikogeburt

☐ ja ☐ nein

der Beratung der Patientin bzw. des Paares bei gezielten pränataldiagnostischen Fragestellungen sowie weiterführende Diagnostik

☐ ja ☐ nein

### Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

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

bis:

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

200 Ultraschalluntersuchungen einschließlich Dopplersonographien des Fetus und seiner Gefäße sowie fetale Echokardiographie

\_\_\_\_\_

500 Überwachung bei erhöhtem Risiko zur differenzierten Zustandsdiagnostik des Feten

\_\_\_\_\_

400 Leitung von Risikogeburten und geburtshilflichen Notfallsituationen einschließlich Notfallmaßnahmen und Wiederbelebung beim Neugeborenen

\_\_\_\_\_

50 invasive prä- und perinatale Eingriffe, z. B. Amniozentesen, Chorionzottenbiopsien, Nabelschnurpunktionen, Punktionen aus fetalen Körperhöhlen, Amniondrainagen

\_\_\_\_\_

100 operative Entbindungen bei Risikoschwangerschaften einschließlich Beckenendlagenentwicklung, Versorgung komplizierter Geburtsverletzungen, Re-Sektionen und Entwicklung von Mehrlingen

\_\_\_\_\_

#### 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 \_\_\_\_\_

