Formular drucken | Zurücksetzen | Speichern unter

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

Zusatz-Weiterbildung Magnetresonanztomographie - fachgebunden -

1. Angaben zur Person

Arztnummer, wenn bekannt

Akad. Grad _____

Vorname _____

Name _____

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der Durchführung und Befundung gebietsbezogener Untersuchungen mittels Magnetresonanztomographie	ja nein
der Indikation und Differentialindikation mit anderen diagnostischen radiologischen Verfahren	ja nein
der Anwendung von Arznei- und Kontrastmitteln bei MRT-Untersuchungen	ja nein
den physikalischen Grundlagen der Magnetresonanzverfahren und Biophysik einschließlich der Grundlagen der Patientenüberwachung einschließlich der Sicherheitsmaßnahmen für Patienten und Personal bei Anwendung von Magnetresonanzverfahren	ja nein
der Gerätekunde	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 Gebietsbezogene Magnetresonanztomographien

- Durchführung und Befundung _____
- unter Anwendung von Arznei- und Kontrastmitteln _____

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*

Formular drucken | Zurücksetzen | Speichern unter