Formular drucken | Zurücksetzen | Speichern unter

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie

1. Angaben zur Person

Arztnummer, wenn bekannt

Akad. Grad _____

Vorname _____

Name _____

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der Indikationsstellung, Durchführung und Überwachung der zytostatischen, immunmodulatorischen, antihormonellen sowie supportiven Therapie bei soliden Tumorerkrankungen des Gebietes einschließlich der Beherrschung auftretender Komplikationen	◯ ja ◯ nein
der Durchführung von Chemotherapiezyklen einschließlich nachfolgender Überwachung	◯ ja ◯ nein

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

Berichtszeitraum (i.d.R. 1 Jahr) von: __.__.____ bis: __.__.____

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

500	zytostatische, immunmodulatorische, antihormonelle sowie supportive Therapiezyklen bei soliden Tumorerkrankungen des Gebietes einschließlich der Beherrschung auftretender Komplikationen	
300	Chemotherapiezyklen einschließlich nachfolgender Überwachung	

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*