

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie

1. Angaben zur Person

Akad. Grad _____

Vorname _____

Name _____

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

Arztnummer, wenn bekannt

Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich der Auswertung von Fremdbefunden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Schmerzanalyse sowie der differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheit unter Berücksichtigung psychologischer, arbeits- und sozialmedizinischer Gesichtspunkte	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
psychosomatische Diagnostik bei chronischen Schmerzpatienten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der eingehenden Beratung des Patienten und der gemeinsamen Festlegung der Therapieziele	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
den invasiven und nichtinvasiven Methoden der Akutschmerztherapie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
dem Einsatz schmerztherapeutischer Verfahren	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schmerzbewältigungstraining einschließlich Entspannungsverfahren	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung des Therapieplanes erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und sonstigen am Therapieplan zu beteiligenden Personen und Einrichtungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der standardisierten Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
medikamentösen Kurzzeit-, Langzeit-, und Dauertherapien sowie in der terminalen Behandlungsphase	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie

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

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!

- | | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 100 | spezifische Pharmakotherapie | | | | | | | | |
| 50 | multimodale Therapie in interdisziplinärer Zusammenarbeit | | | | | | | | |
| 25 | diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesien | | | | | | | | |
| 25 | Stimulationstechniken, z. B. transkutane elektrische Nervenstimulation | | | | | | | | |
| 25 | spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie | | | | | | | | |

Für Gebiete mit konservativen Weiterbildungsinhalten zusätzlich:

- | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 25 | Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Für Gebiete mit operativen Weiterbildungsinhalten zusätzlich:

- | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 25 | Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren, z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Für Gebiete mit konservativen-interventionellen Weiterbildungsinhalten zusätzlich:

- | | | | | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 50 | Interventionelle Verfahren, z. B. plexus- und rückenmarksnahe Verfahren, Spinal Cord Stimulation, davon | | | | | | | | |
| 10 | - Sympathikusblockaden | | | | | | | | |

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

