

Logbuch der Sächsischen Landesärztekammer

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Name weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Geburtsdatum |
|-------------------------------------|--------------|

Gebiet Chirurgie

Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

(Gefäßchirurg/Gefäßchirurgin)

| | |
|---------------------------|--|
| Gebietsdefinition | Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie. |
| Weiterbildungszeit | 72 Monate im Gebiet Chirurgie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon <ul style="list-style-type: none"> ▪ müssen 48 Monate in Gefäßchirurgie abgeleistet werden ▪ müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden ▪ müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden - können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen |

Weiterbildungsabschnitte

| | |
|---|----------------------|
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| | |
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| | |
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| | |

Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

| | |
|---|----------------------|
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |

Weiterbildungsgespräche

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |

Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |

Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägung | | | | | | |
| Grundlagen | | | | | | |
| Ethische, wissenschaftliche und rechtliche Grundlagen ärztlichen Handelns | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Vertiefung und Stärkung berufsspezifischer Haltungen zum Wohl des Patienten, die auf ärztlicher Expertise, anerkannten ethischen Grundsätzen, Kommunikativität, Kollegialität und präventivem Engagement beruhen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Grundlagen ärztlicher Begutachtung | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements einschließlich des Fehler- und Risikomanagements sowie Anwendung von Leit- und Richtlinien | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Grundlagen der Transplantationsmedizin und Organisation der Organspende | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Ökonomische und strukturelle Aspekte des Gesundheitswesens | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Hygienemaßnahmen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Ärztliche Leichenschau | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Patientenbezogene Inhalte | | | | | | |
| | Management (nosokomialer) Infektionen mit multiresistenten Erregern | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Beratung über präventive und rehabilitative Maßnahmen einschließlich der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln sowie Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Situationsgerechte ärztliche Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Aufklärung und Befunddokumentation | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Durchführung einer strukturierten Patientenübergabe | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Psychosomatische Grundlagen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Psychosoziale, umweltbedingte und interkulturelle Einflüsse auf die Gesundheit sowie Zusammenhang zwischen Krankheit und sozialem Status | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Besondere Situationen bei der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Therapieentscheidungen am Lebensende einschließlich Angehörigengespräche | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Symptome der Verletzung von körperlicher und/oder psychischer Integrität | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Beurteilung von Besonderheiten der Erkrankungen und Einschränkungen im Alter | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Genderaspekte und Aspekte der Geschlechtsidentität | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Telemedizin | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Behandlungsbezogene Inhalte | | | | | | |
| Ätiologie, Pathophysiologie und Pathogenese von Krankheiten | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Medizinische Notfallsituationen, insbesondere lebensrettende Sofortmaßnahmen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Seltene Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Pharmakotherapie, Pharmakovigilanz und Arzneimitteltherapiesicherheit sowie Arzneimittelmissbrauch | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Schmerzprävention und allgemeine Schmerztherapie bei akuten und chronischen Schmerzen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Impfwesen/Durchführung von Schutzimpfungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Besonderheiten bei der Betreuung von Menschen mit Behinderung | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Technisch-diagnostische Inhalte im Zusammenhang mit gebietsspezifischen Fragestellungen | | | | | | |
| Präanalytik und labortechnisch gestützte Nachweisverfahren | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Point-of-Care-Diagnostik mit visueller oder apparativer Ausstattung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Indikationsstellung und Befundinterpretation des krankheitsbezogenen Basislabors | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Interdisziplinäre Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich der Differentialindikation und Interpretation bildgebender Befunde | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Gemeinsame Inhalte der Facharzt-Weiterbildungen im Gebiet Chirurgie | | | | | | |
| Übergreifende Inhalte im Gebiet Chirurgie | | | | | | |
| Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Chirurgische Techniken und Instrumentengebrauch, insbesondere Inzision, Präparation, Retraktion, Naht- und Knotentechniken einschließlich Laseranwendung unter Berücksichtigung der verschiedenen Gewebestrukturen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Chirurgische perioperative Behandlung einschließlich Vorbereitung, Lagerungstechniken, Nachsorge und Komplikationsmanagement sowie Indikationsstellung zu weiterführenden Maßnahmen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Techniken der temporären Ruhigstellung und Fixationsverbände | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von Thrombosen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Wundheilung und Narbenbildung | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Wundmanagement und stadiengerechte Wundtherapie sowie Verbandslehre einschließlich verschiedene Wundauflagen, Unterdruck- und Kompressionstherapie | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Defektdeckung bei akuten und chronischen Wunden | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Grundlagen der medikamentösen Tumorthherapie | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Scoresysteme und Risikoeinschätzung | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Lokalanästhesie und Schmerztherapie | | | | | | |
| | Lokal- und Regionalanästhesien | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Abklärung peri- und postoperativer Schmerzzustände | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Diagnostik und Therapie nach dokumentierten Schmerztherapieplänen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Behandlung von Patienten mit komplexen Schmerzzuständen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Injektionen und Punktionen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Notfall- und Intensivmedizin | | | | | | |
| | Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschließlich lebensrettender Maßnahmen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Kardiopulmonale Reanimation | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Pathophysiologie von schweren Verletzungen, des Polytraumas und deren Folgen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Indikationsstellung zur Notfall-Laparotomie und Thorakotomie | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Überwachung, Monitoring, Dokumentation und Betreuung von intensivmedizinischen Patienten | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Differenzierte Beatmungstechniken | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---------|--|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Atemunterstützende Maßnahmen bei intubierten und nicht-intubierten Patienten | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Beatmungsentwöhnung bei langzeitbeatmeten Patienten | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Mitbehandlung bei septischen Krankheitsbildern | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Pharmakologie der Herz-Kreislauf-Unterstützung | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Zentralvenöse Zugänge | | | 20 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Arterielle Kanülierung und Punktionen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Thorax-Drainage | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Legen eines transurethralen und/oder suprapubischen Katheters | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Gefäßchirurgie | | | | | | |
| Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Gefäßchirurgie | | | | | | |
| Erkrankungen, Verletzungen, Infektionen und Fehlbildungen bei Arterien, Venen und Lymphgefäßen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Periinterventionelle Behandlung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Indikationsstellung zur fachbezogenen humangenetischen Beratung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---------|--|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Gefäßchirurgische Notfälle | | | | | | | | | |
| | | Diagnostik und Erstmaßnahmen bei akutem Verschluss von peripheren/zentralen Arterien, Venen und nach Gefäßeingriffen, insbesondere | | | 50 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – bei akutem arteriellem Verschluss bei peripherer Thrombose/Embolie | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – bei akutem arteriellem Verschluss bei Tourniquet-Syndrom | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – bei akutem arteriellem Verschluss bei Kompartmentsyndrom | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---------|---|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – bei akutem Leriche Syndrom | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – bei akuter viszeraler Ischämie | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Operative und endovaskuläre Therapie gefäßchirurgischer Notfälle, insbesondere | | | 20 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – peripherer oder zentraler Gefäßverletzung | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – akuter schwerer Blutung aus zentralen und peripheren Gefäßen | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – Aortendissektion, Ruptur eines Aortenaneurysma | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | – Gefäßdissektion | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | – an Viszeralarterien | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | – akuter zentralneurologischer vaskulärer Notfall | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Diagnostische Verfahren | | | | | | |
| | Klinische und apparative Gefäßuntersuchungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Gerinnungsphysiologische, immunologische und hämostaseologische Testverfahren und Labordiagnostik | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | B-Modus-Sonographie der peripheren Arterien und Venen | 100 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---------|--|---------|---------|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | | 6. Jahr | Gesamt | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | CW-Doppler-Sonographie der peripheren Arterien und Venen | | | 100 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | | 6. Jahr | Gesamt | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | CW-Doppler-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien | | | 100 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | | 6. Jahr | Gesamt | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | Duplex-Sonographie der peripheren Arterien | | | 100 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | | 6. Jahr | Gesamt | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | Duplex-Sonographie der peripheren Venen | | | 100 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---------|--|---------|---------|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | | 6. Jahr | Gesamt | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | Duplex-Sonographie der abdominellen, retroperitonealen und mediastinalen Gefäße | | | 100 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | | 6. Jahr | Gesamt | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien | | | 100 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | | 6. Jahr | Gesamt | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | Indikation, Durchführung und Befunderstellung der intraoperativen und intraprozeduralen radiologischen Befundkontrolle | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | Indikationsstellung und Befundinterpretation weiterer bildgebender Verfahren, insbesondere | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---------|---|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – Angiographien einschließlich interventioneller Verfahren, davon | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – Digitale Subtraktionsangiographie (DSA) | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – CT-Angiographie | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – MR-Angiographie | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Planung von endovaskulären Eingriffen einschließlich Beurteilung und Ausmessung von Schnittbilddiagnostik | | | 25 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Offen-operative und endovaskulär-therapeutische Verfahren | | | | | | | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---------|--|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | | Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Weichteil-Drainagen | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Anlage und Korrektur von getunnelten zentralvenösen Kathetern und Portsystemen | | | 30 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Anlage und Korrektur von Dialyse-Shunts | | | 30 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Gliedmaßen- und Grenzzonenamputation, operative Behandlung des diabetischen Fußsyndroms und operative Ulkusbehandlung einschließlich Defektdeckung | | | 50 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---------|---------|---|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Thrombolytische Verfahren in Arterien und Venen | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | | Revaskularisierende und rekonstruierende Eingriffe an supraaortalen Arterien, davon | | | 25 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | | – offene Eingriffe | | | 20 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | | Revaskularisierende und rekonstruierende Eingriffe im brachialen, femoro-poplitealen und cruro-pedalen Gefäßabschnitt | | | 100 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---------|--|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | | Revaskularisierende und rekonstruierende Eingriffe an thorakalen, aortalen, viszeralen und iliakalen Gefäßen | | | 50 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Endovaskuläre Eingriffe, auch in interdisziplinärer Kooperation, davon | | | 60 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – an peripheren Arterien | | | 10 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – an der Aorta | | | 10 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Neurovaskuläre Kompressionssyndrome | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---------|---|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Methoden und Techniken der endovaskulären Embolisation und Okklusion bei Gefäßerkrankungen | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Erste Assistenz bei operativen Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade, z. B. komplexe intrathorakale und intraabdominale Rekonstruktionen | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Phlebologische Therapie | | | | | | | | | |
| | | Eingriffe am Venensystem, davon | | | 60 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – offen chirurgisch, z. B. Varizen-Stripping, Perforatorligaturen, Seitenastexhairese | | | 50 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – endovenös, Sklerosierungsverfahren | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Periprozedurale und operative Therapie des postthrombotischen Syndroms | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Periprozedurale Behandlung von sekundären venösen und lymphatischen Ödemen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Primäre venöse und lymphatische Ödeme | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Perioperative Gefäßmedizin | | | | | | |
| | Perioperative Therapie gefäßmedizinischer Erkrankungen einschließlich Infusionstherapie mit vasoaktiven Substanzen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Maßnahmen der Primärprävention von Gefäßerkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Beratung einschließlich Basismaßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention von Gefäßerkrankungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Strukturierte Raucherentwöhnung | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Vaskuläre Malformationen | | | | | | |
| | Klinische und sonographische Diagnostik von vaskulären Malformationen einschließlich Gefäßtumoren | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Therapieoptionen bei Gefäßmalformationen und von gebietsbezogenen Tumoren, z. B. konservativ, endovaskulär, lasergestützt und operativ | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Septische Gefäßchirurgie | | | | | | |
| Septische Gefäßerkrankungen und deren Komplikationen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Einsatz autologer, allogener und xenogener Gefäßersatzmaterialien | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---------|--|---------|---------|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Wundmanagement bei vaskulärer Ursache | | | | | | | | | |
| Chirurgisches Wunddébridement | | | | 50 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Spalthauttransplantationen | | | | 20 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Indikationsstellung zur kausalen und lokalen Therapie sowie Management vaskulär verursachter Wunden einschließlich des diabetischen Fußsyndroms | | | | 100 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Strahlenschutz | | | | | | | | | |
| Grundlagen der Strahlenbiologie und Strahlenphysik bei der Anwendung ionisierender Strahlen am Menschen | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Grundlagen des Strahlenschutzes beim Patienten und Personal einschließlich der Personalüberwachung und des baulichen und apparativen Strahlenschutzes | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Voraussetzungen zur Erlangung der erforderlichen Fachkunden im gesetzlich geregelten Strahlenschutz [Erfolgreiche Teilnahme an allen für den Fachkunderwerb erforderlichen Kursen im Strahlenschutz (§ 47 Absatz 1 StrlSchV)] | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Weitere Inhalte, die über die Anforderungen der Weiterbildungsordnung hinausgehen | | | | | | |
| Gegebenenfalls auf gesondertem Blatt | | | | | | |