

Anlage zum Zeugnis gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 1.11.2005 (WBO)  
entsprechend den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten, Schwerpunkten und Bereichen  
gemäß § 4 Abs. 4 und § 12 WBO  
Auf Abschnitt C WBO wird ausdrücklich hingewiesen

## Zusatz-Weiterbildung Phlebologie

Ich / Wir bestätige(n), daß

Frau / Herr \_\_\_\_\_

in der Abt. (Klinik) / Praxis \_\_\_\_\_

in der Zeit von / bis \_\_\_\_\_

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

<b>Weiterbildungsinhalte</b> Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	<b>Absolviert</b> Ja (+) / Nein (-)
den Inhalten der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO	
der Erkennung, Behandlung und Nachbehandlung der thromboembolischen Krankheiten einschließlich der Antikoagulation	
der Diagnostik der Erkrankungen im Endstrombereich und im Lymphgefäßssystem	
den Grundlagen der Lymphödembehandlung	
den sonographischen Untersuchungen einschließlich Doppler- / Duplexsonographie des Venensystems	
quantifizierenden apparativen Messverfahren einschließlich Photoplethysmographie, der Phlebodynamometrie und Venenverschlusplethysmographie	
der Sklerosierungstherapie	
der Behandlung der chronischen Veneninsuffizienz und ihrer Komplikationen einschließlich des Ulcus cruris	
der Kompressionstherapie, z. B. Wechsel- und Dauerverbände, apparative intermittierende Kompression	
der operativen Behandlung von Venenkrankheiten einschließlich Nachbehandlung, z. B. Phlebextraktion, Perforantenligatur, Miniphlebochirurgie, Varikotomie	

Anlage zum Zeugnis gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 1.11.2005 (WBO)  
entsprechend den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten, Schwerpunkten und Bereichen  
gemäß § 4 Abs. 4 und § 12 WBO  
Auf Abschnitt C WBO wird ausdrücklich hingewiesen

## Zusatz-Weiterbildung Phlebologie

Ich / Wir bestätige(n), daß

Frau / Herr \_\_\_\_\_

in der Abt. (Klinik) / Praxis \_\_\_\_\_

in der Zeit von / bis \_\_\_\_\_

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Anzahl (soll)	Anzahl (absolviert)
Behandlung von thrombotischen Erkrankungen der Venen, der Extremitäten einschließlich der Antikoagulation	<b>100</b>	
Untersuchung und Befundung von Patienten mit - Lymphödemen der Extremitäten - Erkrankungen im Endstrombereich	<b>100</b> <b>50</b>	
Doppler- / Duplexsonographie des Venensystems	<b>200</b>	
Durchführung und Befundung von Untersuchungen mit der Photoplethysmographie, der Phlebodynamometrie und der Venenverschlussplethysmographie	<b>100</b>	
Sklerosierungstherapie	<b>100</b>	
Behandlung der chronischen Veneninsuffizienz und ihrer Komplikationen einschließlich des Ulcus cruris	<b>300</b>	
Kompressionstherapie, davon - Kompressionswechselverbände - Kompressionsdauerverbände - apparative intermittierende - Kompressionsbehandlungen - spezielle lymphologische Kompressionsverbände	<b>100</b> <b>25</b> <b>100</b> <b>100</b>	
Verordnung medizinischer Kompressionsstrümpfe mit nachfolgender Wirkungskontrolle bei - venösen Erkrankungen - Lymphödem unter Berücksichtigung der speziellen lymphologischen Kompressionsbestrumpfung	<b>100</b> <b>100</b>	
Eingriffe am epifaszialen Venensystem der unteren Extremitäten, z. B. Krossektomie, Phleboektomie, Varikotomie	<b>50</b>	

ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

**Operationsverzeichnis**  
(vom Antragsteller **selbständig** durchgeführte Operationen)

Ich/Wir bestätigen, daß

Frau/Herr \_\_\_\_\_

die in nachstehendem Operationsverzeichnis aufgeführten Operationen

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

an der Abt. (Klinik) \_\_\_\_\_

**selbständig** durchgeführt hat.

---

(Wir bitten um Spezifizierung des Operationsverzeichnisses nach Eingriffsart mit Angabe der anatomischen Region unter Beachtung der Gliederung im Operationsverzeichnis in der „Richtlinie über den Inhalt der Weiterbildung“)

---

(Stempel und Unterschrift der/s zur Weiterbildung  
ermächtigten Ärztin/Arztes)

---

(Unterschrift des Antragstellers)

**Operationsverzeichnis**  
(Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade)

Ich/Wir bestätigen, daß

Frau/Herr \_\_\_\_\_

die in nachstehendem Operationsverzeichnis aufgeführten Operationen

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

an der Abt. (Klinik) \_\_\_\_\_

**assistiert** hat.

---

(Wir bitten um Spezifizierung des Operationsverzeichnisses nach Eingriffsart mit Angabe der anatomischen Region unter Beachtung der Gliederung im Operationsverzeichnis in der „Richtlinie über den Inhalt der Weiterbildung“)

---

(Stempel und Unterschrift der/s zur Weiterbildung  
ermächtigten Ärztin/Arztes)

---

(Unterschrift des Antragstellers)