

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 B WBO wird ausdrücklich hingewiesen

## Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

(Stand: 30.05.2016)

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 (-)
der Erkennung und Behandlung geschlechtsspezifischer endokriner, neuroendokriner und fertilitätsbezogener Funktionen, Dysfunktionen und Erkrankungen sowie von Fehlbildungen des inneren Genitale in der Pubertät, der Adoleszenz, der fortpflanzungsfähigen Phase, dem Klimakterium und der Peri- und Postmenopause	
endoskopischen und mikrochirurgischen Operationsverfahren	
der fertilitätsbezogenen Paarberatung	
der Erkennung und Behandlung gebietsbezogener endokrin bedingter Alterungsprozesse	
der Erkennung und Beurteilung psychosomatischer Einflüsse auf den Hormonhaushalt, auf die Fertilität und deren Behandlung	
genetisch bedingten Regulations- und Fertilitätsstörungen mit Indikationsstellung zur humangenetischen Beratung	
Erkennung und Behandlung des Androgenhaushaltes, Hirsutismus und des Prolaktinhaushaltes	
den endokrin bedingten Funktions- und Entwicklungsstörungen der weiblichen Brust	
den gynäkologisch-endokrinen Aspekten der Transsexualität	

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

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

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 B WBO wird ausdrücklich hingewiesen

## Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

(Stand: 30.05.2016)

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)
assistierte Fertilisationsmethoden einschließlich hormoneller Stimulation, Inseminationen, in-vitro-Fertilisation (IVF), intrazytoplasmatische Spermatozoen-Injektion (ICSI)	100	
Kryokonservierungsverfahren	25	
Spermiogramm-Analyse und Ejakulat-Aufbereitungsmethoden und Funktionstests	50	
Mitwirkung bei größeren fertilitätschirurgischen Eingriffe einschließlich hysteroskopischer und laparoskopischer Verfahren, z. B. bei Endometriose, Tuben- und Ovarchirurgie	50	

\* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

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

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

## Operationsverzeichnis (Mitwirkung bei Eingriffen)

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)