

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

## 7.2 FA Gefäßchirurgie

(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>Unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen beinhaltet die Weiterbildung auch den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in</b>	<b>Absolviert</b> Ja (+) / Nein (-)
ethischen, wissenschaftlichen und rechtlichen Grundlagen ärztlichen Handelns	
der ärztlichen Begutachtung	
den Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements	
der ärztlichen Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen	
psychosomatischen Grundlagen	
der interdisziplinären Zusammenarbeit	
der Ätiologie, Pathophysiologie und Pathogenese von Krankheiten	
der Aufklärung und der Befunddokumentation	
labortechnisch gestützten Nachweisverfahren mit visueller oder apparativer Auswertung (Basislabor)	
medizinischen Notfallsituationen	
den Grundlagen der Pharmakotherapie einschließlich der Wechselwirkungen der Arzneimittel und des Arzneimittelmissbrauchs	
der allgemeinen Schmerztherapie	
der interdisziplinären Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich der Differentialindikation und Interpretation radiologischer Befunde im Zusammenhang mit gebietsbezogenen Fragestellungen	
der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden	
den psychosozialen, umweltbedingten und interkulturellen Einflüssen auf die Gesundheit	
gesundheitsökonomischen Auswirkungen ärztlichen Handelns	
den Strukturen des Gesundheitswesens	
den Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der fachgebundenen genetischen Aufklärung und Beratung und der Indikationsstellung für eine weiterführende humangenetische Beratung, insbesondere nach Gendiagnostikgesetz	
dem Impfwesen	

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

## 7.2 FA Gefäßchirurgie

(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:

### 7. Basisweiterbildung Chirurgie

<b>Weiterbildungsinhalte</b> Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	<b>Absolviert</b> Ja (+) / Nein (-)
den Inhalten der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO	
Erkennung, Klassifizierung, Behandlung und Nachsorge chirurgischer Erkrankungen und Verletzungen	
der Indikationsstellung zur konservativen und operativen Behandlung chirurgischer Erkrankungen und Verletzungen	
der Risikoeinschätzung, der Aufklärung und der Dokumentation	
den Prinzipien der perioperativen Diagnostik und Behandlung operativen Eingriffen und Operationsschritten	
der Wundversorgung, Wundbehandlung und Verbandslehre einschließlich Impfprophylaxe	
den Grundlagen der gebietsbezogenen Tumortherapie	
der Erkennung und Behandlung von Infektionen einschließlich epidemiologischer Grundlagen, den Hygienemaßnahmen	
der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen und Einordnung der Ergebnisse in das jeweilige Krankheitsbild	
Analgesierungs- und Sedierungsmaßnahmen einschl. der Behandlung akuter Schmerzzustände	
der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten	

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

## 7.2 FA Gefäßchirurgie

(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:

### 7. Basisweiterbildung Chirurgie

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Absolviert Ja (+) / Nein (-)
der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie	
der Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschließlich lebensrettender Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung einschließlich der Grundlagen der Beatmungstechnik und intensivmedizinischer Basismaßnahmen	
der Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen	
der medikamentösen Thromboseprophylaxe	

### 7. Basisweiterbildung Chirurgie

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Anzahl (soll)	Anzahl (absolviert)
Ultraschalluntersuchungen bei chirurgischen Erkrankungen und Verletzungen	50	
Punktions- und Katheterisierungstechniken einschl. der Gewinnung von Untersuchungsmaterial, davon		
- Legen von Drainagen	10	
- - zentralvenöse Zugänge	25	
Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik	50	
Lokal- und Regionalanästhesien	50	
Eingriffe aus dem Bereich der ambulanten Chirurgie	50	
Erste Assistenzen bei Operationen und angeleitete Operationen	50	
Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen	Basiskenntnisse	

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

## 7.2 FA Gefäßchirurgie

(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:

### 7.2 Gefäßchirurgie

<b>Weiterbildungsinhalte</b> Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	<b>Absolviert</b> Ja (+) / Nein (-)
der Vorbeugung, Erkennung und Nachbehandlung von Erkrankungen, Verletzungen, Infektionen und Fehlbildungen des Gefäßsystems einschließlich der Rehabilitation	
der Indikationsstellung zur operativen und konservativen Behandlung einschließlich der Risikoeinschätzung und prognostischen Beurteilung	
der operativen Behandlung einschließlich hyperämischer, resezierender und rekonstruktiver Eingriffe und konservativen Maßnahmen am Gefäßsystem	
instrumentellen Untersuchungsverfahren einschließlich der Durchblutungsmessung und Erhebung eines angiologischen Befundes zur Operationsvorbereitung und –nachsorge	
der Erhebung einer intraoperativen radiologischen Befundkontrolle unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes	

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

## 7.2 FA Gefäßchirurgie

(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:

### 7.2 Gefäßchirurgie

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Anzahl (soll)	Anzahl (absolviert)
intraoperative angiographische Untersuchungen	50	
Doppler-/Duplex-Untersuchungen, davon an		
- Extremitäten versorgenden Gefäßen	300	
- abdominellen und retroperitonealen Gefäßen	100	
- extrakraniellen hirnzuführenden Gefäßen	100	
- hämodynamische Untersuchungen an Venen	50	
rekonstruktive Operationen, davon		
- an supraaortalen Arterien	25	
- an aortalen, iliakalen, viszeralen und thorakalen Gefäßen	50	
- im femoro-poplitealen, brachialen und cruro-pedalen Abschnitt	50	
endovaskuläre Eingriffe	25	
Anlage von Dialyse-Shunts, Port-Implantation	25	
Operationen am Venensystem	50	
Grenzzonenamputationen, Ulkusversorgungen	25	

\* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

**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)