

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 Onkologie

(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 (-)
Erkennung und Behandlung der bösartigen Erkrankungen des weiblichen Genitale und der Brust	
chemotherapeutischen und hormonellen Verfahren	
Molekularbiologischen onkogenetischen immunmodulatorischen, supportiven und palliativen Verfahren	
organ- und fertilitätserhaltenden Verfahren	
radikalen Behandlungsverfahren	

<b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>	<b>Anzahl (soll)</b>	<b>Anzahl (absolviert)</b>
morphologisch-funktionelle (z. B. Ultraschall, Endoskopie) und invasive (z. B. Punktion, Biopsie) Verfahren der Genitalorgane und Brust	<b>300</b>	
organerhaltende und radikale Krebsoperationen am Genitale (z. B. Debulking-OP, Wertheim-OP, Vulvektomie, Lymphadenektomie inguinal, pelvin, paraaortal, Exenteration)	<b>100</b>	
organerhaltende und radikale Krebsoperationen an der Mamma	<b>100</b>	
rekonstruktive Eingriffe am Genitale, den Bauchdecken und der Brust im Zusammenhang mit onkologischen Behandlungen	<b>50</b>	
hormonelle (ablative und additive) Therapien	<b>50</b>	
zytostatische Therapiezyklen	<b>300</b>	
supportive und palliative medikamentöse Tumorthapien	<b>50</b>	
Gynäkologische Strahlen-Kontakt-Therapie	<b>10</b>	
psychoonkologische Betreuung, Rehabilitation und Begutachtung	<b>50</b>	
spezielle Rezidivdiagnostik und -behandlung	<b>25</b>	
Tumornachsorge	<b>50</b>	

\* 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)