

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

## 8. Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin (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 maternaler und fetaler Erkrankungen höheren Schwierigkeitsgrades einschl. invasiver und operativer Maßnahmen und der Erstversorgung des gefährdeten Neugeborenen	
der Erkennung fetomaternaler Risiken	
der Erkennung und Behandlung von fetalen Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen, Erkrankungen	
der Betreuung der Risikoschwangerschaft und Leitung der Risikogeburt	
der Beratung der Patientin bzw. des Paares bei gezielten pränataldiagnostischen Fragestellungen sowie weiterführende Diagnostik	

<b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>	<b>Anzahl (soll)</b>	<b>Anzahl (absolviert)</b>
Ultraschalluntersuchungen einschl. Dopplersonographien des Fetus und seiner Gefäße sowie fetale Echokardiographie	<b>200</b>	
Überwachung bei erhöhtem Risiko zur differenzierten Zustandsdiagnostik des Feten	<b>500</b>	
Leitung von Risikogeburten und geburtshilflichen Notfallsituationen einschließlich Notfallmaßnahmen und Wiederbelebung beim Neugeborenen	<b>400</b>	
invasive prä- und perinatale Eingriffe, z. B. Amniozentesen, Chorionzottenbiopsien, Nabelschnurpunktionen, Punktionen aus fetalen Körperhöhlen, Amniondrainagen	<b>200</b>	
operative Entbindungen bei Risikoschwangerschaften einschl. Beckenendlagenentwicklung, Versorgung komplizierter Geburtsverletzungen, Re-Sektionen und Entwicklung von Mehrlingen	<b>100</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)