

10. Haut- und Geschlechtskrankheiten

(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:

| Unter Berücksichtigung gebietspezifischer Ausprägungen beinhaltet die Weiterbildung auch den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in | Absolviert 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 | |

10. Haut- und Geschlechtskrankheiten

(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:

| Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in | Absolviert Ja (+) / Nein (-) |
|--|--|
| den Inhalten der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO | |
| der Gesundheitsberatung, (Früh-)Erkennung, konservativen und operativen Behandlung und Rehabilitation der Haut, Unterhaut und deren Gefäße, der Hautanhangsgebilde und hautnahen Schleimhäute einschließlich der gebietsbezogenen immunologischen Krankheitsbilder | |
| der Vorbeugung, Erkennung, operativen Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Tumoren des Hautorgans und der hautnahen Schleimhäute einschließlich den Grundlagen der gebietsbezogenen Tumorthherapie | |
| der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten | |
| psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen | |
| der Erkennung und Behandlung gebietsbezogener allergischer Erkrankungen | |
| der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen und Infestationen an Haut und hautnahen Schleimhäuten und Geschlechtsorganen | |
| der Erkennung andrologischer Störungen und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung | |
| der Erkennung und Behandlung der gebietsbezogenen epifaszialen Gefäßerkrankungen einschließlich der chronisch venösen Insuffizienz, des <u>Ulcus cruris</u> und der <u>peripheren lymphatischen Abflussstörungen</u> | |
| der Erkennung proktologischer Erkrankungen und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung | |
| der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie einschließlich topischer und systemischer Pharmaka und der Galenik von Dermatika | |
| der Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation berufsbedingter Dermatosen | |

10. Haut- und Geschlechtskrankheiten

(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:

| Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in | Absolviert Ja (+) / Nein (-) |
|--|--|
| den Grundlagen der Gewerbe- und Umweltdermatologie einschließlich der gebietsbezogenen Toxikologie | |
| der Wundversorgung, Wundbehandlung und Verbandslehre | |
| der Notfallbehandlung des anaphylaktischen Schocks | |
| der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen und Einordnung der Ergebnisse in das jeweilige Krankheitsbild | |
| der Indikationsstellung und Überwachung physikalischer, balneologischer und klimatologischer Therapiemaßnahmen | |
| der dermatologischen nicht ionisierenden Strahlenbehandlung und Lasertherapie | |
| der Indikationsstellung zu und Befundbewertung von gebietsbezogenen histologischen Untersuchungen | |
| ernährungsbedingten Hautmanifestationen einschließlich diätetischer Behandlung | |
| den Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung | |

10. Haut- und Geschlechtskrankheiten

(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) |
|--|-----------------|---------------------|
| dermatologische Früherkennungsuntersuchungen | 100 | |
| operative Eingriffe, davon | | |
| - Exzisionen von benignen und malignen Tumoren | 100 | |
| - lokale und regionale Lappenplastiken, auch unter Verwendung artefizieller Hautdehnungsverfahren | Basiskonntnisse | |
| - freie Hauttransplantationen durch autologe und andere Transplantate | 25 | |
| - phlebologische operative Eingriffe, z. B. epifasziale Venenexhairese, Ulcusdeckung, Unterbindung insuffizienter Venae perforantes, Crossektomie, superfizielle Thrombektomie | 50 | |
| - ästhetisch operative Dermatologie wie Narbenkorrekturen, Konturverbesserungen, Dermabrasionen, physikochemische Dermablationen | 50 | |
| - proktologische Eingriffe wie Haemorrhoidalsklerosierung, Mariskenexzision, Fissurektomie, Entfernung analer Condylomata acuminata | 50 | |
| - Eingriffe mit kryotherapeutischen Verfahren | 50 | |
| - Eingriffe mit lasertherapeutischen Verfahren, z. B. ablativ, korrektiv, selektiv-photothermolytisch | 50 | |

10. Haut- und Geschlechtskrankheiten

(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) |
|---|-----------------|---------------------|
| Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade | 25 | |
| Sklerosierungstherapie oberflächlich gelegener Venen | 25 | |
| Sonographie der Haut und hautnahen Lymphknoten einschließlich Doppler-/Duplexsonographie peripherer Gefäße | 200 | |
| phlebologische Funktionsuntersuchungen wie Verschlussplethysmographie, Lichtreflexrheographie | 100 | |
| Unspezifische und allergenvermittelte Provokations- und Karenztests einschl epikutaner, kutaner und intrakutaner Tests sowie Erstellung eines Therapieplans (Krankheitsfälle) | 200 | |
| Hyposensibilisierung (Krankheitsfälle) | 25 | |
| Photochemotherapie, Balneophototherapie und photodynamische Therapie | 50 | |
| Lokal-, Tumeszenz- und Regionalanästhesien | 150 | |
| Gestaltung von dermatologischen Rehabilitationsplänen | 10 | |
| Punktions- und Katheterisierungstechniken | Basiskenntnisse | |
| mykologische und venerologische Untersuchungen einschl. kultureller Verfahren und Erregerbestimmung | Basiskenntnisse | |
| Trichogramm | Basiskenntnisse | |

· 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)