

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 Forensische Psychiatrie

(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><br>Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in   | <b>Absolviert</b><br>Ja (+) / Nein (-) |
|---|--|
| ethischen und rechtlichen Fragen, die den Umgang mit psychisch kranken, gestörten und behinderten Menschen betreffen                              |  |
| der Erkennung und Behandlung psychisch kranker und gestörter Straftäter   |  |
| gerichtlich angeordneter psychiatrischpsychotherapeutischer Therapie, auch im Maßregel- und Justizvollzug   |  |
| der Beurteilung der Schuldfähigkeit, der Glaubhaftigkeit von Zeugenaussagen und Zeugentüchtigkeit   |  |
| den Grundlagen der Einweisung in den Maßregelvollzug einschließlich subsidiärer Maßnahmen unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften           |  |
| der Beurteilung der Rückfall- und Gefährlichkeitsprognose   |  |
| der Beurteilung der Verhandlungs-, Haft- und Vernehmungsfähigkeit   |  |
| der Beurteilung der Reife von Heranwachsenden nach Jugendgerichtsgesetz sowie ihrer Anwendung im Straf-, Zivil- und Sorgerecht                    |  |
| Fragen des Zivil-, Betreuungs- und Unterbringungsrechtes einschließlich Geschäftsfähigkeit, Testierfähigkeit, Prozessfähigkeit                    |  |
| forensischen Gutachten aus den Bereichen Sozial-, Zivil- und Strafrecht   |  |
| verwaltungs- und verkehrsrechtlichen Zusammenhangsfragen  |  |
| der Beurteilung und Behandlung von Störungsbildern wie aggressives Verhalten, sexuell abweichendes Verhalten, Suizidalität, Intoxikationssyndrome |  |

\* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

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

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers