

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 C WBO wird ausdrücklich hingewiesen

## Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

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>Anzahl (soll):</b>	<b>absolviert:</b>
den Inhalten der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO		
der Symptomatologie und funktionellen Bedeutung von Altersveränderungen sowie Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters		
geriatrisch diagnostischen Verfahren zur Erfassung organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen		
Vorbeugung und Erkennung sowie Stadieneinteilung, Indikationsstellung und prognostische Einschätzung konservativer und invasiver Therapiemaßnahmen geriatrischer Syndrome, einschließlich Indikationsstellung sowie ggf. Durchführung interventioneller Therapieformen wie		
- Gebrechlichkeit		
- lokomotorische Probleme und Stürze		
- verzögerte Remobilität/Immobilität		
- metabolische Instabilität einschließlich des Delirs		
- Inkontinenz		
- Dekubitus		
- kognitiv-neuropsychologische Störungen einschließlich Depression und Demenz		
der Durchführung des geriatrischen Assessments einschließlich Testungen der Hirnleistungsfähigkeit und Untersuchungen des Verhaltens und der emotionellen Befindlichkeit mit Hilfe von Schätzskalen		

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 C WBO wird ausdrücklich hingewiesen

## Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

Ich / Wir bestätige(n), daß

Frau / Herr

in der Abt. (Klinik) / Praxis

in der Zeit von / bis

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

<b>Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in</b>	<b>Anzahl (soll):</b>	<b>absolviert:</b>
der geriatrischen Therapie von körperlichen und seelischen Erkrankungen einschließlich der Erstellung interdisziplinärer Therapiepläne und der Verlaufskontrolle		
den speziellen pharmakodynamischen Besonderheiten und der Dosierung von Arzneimitteln, Medikamenteninteraktionen bei Mehrfachverordnungen unter besonderer Berücksichtigung von Compliance und der Medikamentenhandhabung im höheren Lebensalter		
der altersadäquaten Ernährung und Diätetik		
physio- und ergotherapeutischen, prothetischen und logopädischen Maßnahmen		
Reintegrationsmaßnahmen und Nutzung externer Hilfen und sozialer Einrichtungen zur Wiedereingliederung unter Berücksichtigung von Multimorbidität und körperlich-seelischen Wechselwirkungen		
der Hygieneberatung		
der Anleitung eines interdisziplinären therapeutischen Teams		
dem gezielten Einsatz von Akuttherapie und (Früh-) Rehabilitation unter Berücksichtigung ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungsangebote und der qualifizierten Überleitung		
der Beratung bezüglich sozialmedizinischer, pflege- und betreuungsrechtlicher Fragestellungen sowie besonderer Aspekte der Heil- und Hilfsmittelverordnung		
der Durchführung geriatrischer Konsile einschließlich Screening, geriatrischen Assessment und Festlegung eines vorläufigen Therapieziels		

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 C WBO wird ausdrücklich hingewiesen

## Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

Ich / Wir bestätige(n), daß

Frau / Herr

in der Abt. (Klinik) / Praxis

in der Zeit von / bis

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

<b>Weiterbildungsinhalte</b> <b>Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in</b>	<b>Anzahl (soll):</b>	<b>absolviert:</b>
der Planung und Durchführung von strukturierter (Akut-)Diagnostik einschließlich geriatrischen Assessment bei Patienten mit		
- Sturzkrankheit		
- Hemiplegiesyndrom		
- Hirnleistungsstörung einschließlich der Differentialdiagnostik		
Delir, Depression und Demenz		
- Inkontinenz		
- prothraierter Remobilisation		
- Tumorerkrankungen und nicht malignen Begleiterkrankungen		
- geriatritypischen Syndromen und/oder chronischen Schmerzen		

<b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>	<b>Anzahl (soll):</b>	<b>absolviert:</b>
Therapiemaßnahmen geriatrischer Syndrome, einschließlich Indikationsstellung sowie ggf. Durchführung interventioneller Therapieformen, davon bei		
Gebrechlichkeit	50	
lokomotorischen Problemen und Stürzen	50	
verzögerter Remobilität/Immobilität	50	
metabolischer Instabilität einschl. Delir	50	
Inkontinenz	50	
Dekubitus	50	
kognitiv-neuropsychologischen Störungen einschließlich Depression und Demenz	50	

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 C WBO wird ausdrücklich hingewiesen

## Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

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):	absolviert:
strukturierte (Akut-)Diagnostik einschließlich geriatrische Assessments davon bei		
- Sturzkrankheit	<b>50</b>	
- Hemiplegiesyndrom	<b>50</b>	
- Hirnleistungsstörung einschließlich Differentialdiagnostik Delir, Depression und Demenz	<b>50</b>	
- Inkontinenz	<b>50</b>	
- protrahierter Remobilisation	<b>50</b>	
- Tumorerkrankungen und nicht malignen Begleiterkrankungen	<b>50</b>	
- geriatritypischen Syndromen und/oder chronischen Schmerzen	<b>50</b>	
- Risikostratifizierung	<b>50</b>	
Maßnahmen bei Schmerzsymptomatik, insbesondere bei Patienten mit fortgeschrittener kognitiver Störung	<b>50</b>	
Durchführung geriatrischer Assessments einschl. Testung der Hirnleistungsfähigkeit, Untersuchung des Verhaltens und der emotionalen Befindlichkeit mit Hilfe von Schätzskaalen	<b>50</b>	
Beurteilung zu Fragen der Pflegeversicherung bzw. des Betreuungsgesetzes	<b>10</b>	
Beratung bezüglich sozialmedizinischer, pflege- und betreuungsrechtlicher Fragestellungen sowie besonderer Aspekte der Heil- und Hilfsmittelverordnung	<b>100</b>	
Durchführung geriatrischer Konsile einschließlich Festlegung eines vorläufigen Therapieziels	<b>100</b>	

ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

Unterschrift der/s zur Weiterbildung ermächtigten Ärztin / Arztes

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers