

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 Phlebologie

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 Erkennung, Behandlung und Nachbehandlung der thromboembolischen Krankheiten einschließlich der Antikoagulation	
der Diagnostik der Erkrankungen im Endstrombereich und im Lymphgefäßssystem	
den Grundlagen der Lymphödembehandlung	
den sonographischen Untersuchungen einschließlich Doppler- / Duplexsonographie des Venensystems	
quantifizierenden apparativen Messverfahren einschließlich Photoplethysmographie, der Phlebodynamometrie und Venenverschlusplethysmographie	
der Sklerosierungstherapie	
der Behandlung der chronischen Veneninsuffizienz und ihrer Komplikationen einschließlich des Ulcus cruris	
der Kompressionstherapie, z. B. Wechsel- und Dauerverbände, apparative intermittierende Kompression	
der operativen Behandlung von Venenkrankheiten einschließlich Nachbehandlung, z. B. Phlebextraktion, Perforantenligatur, Miniphlebochirurgie, Varikotomie	

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 Phlebologie

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)
Behandlung von thrombotischen Erkrankungen der Venen, der Extremitäten einschließlich der Antikoagulation	100	
Untersuchung und Befundung von Patienten mit - Lymphödemen der Extremitäten - Erkrankungen im Endstrombereich	100 50	
Doppler- / Duplexsonographie des Venensystems	200	
Durchführung und Befundung von Untersuchungen mit der Photoplethysmographie, der Phlebodynamometrie und der Venenverschlussplethysmographie	100	
Sklerosierungstherapie	100	
Behandlung der chronischen Veneninsuffizienz und ihrer Komplikationen einschließlich des Ulcus cruris	300	
Kompressionstherapie, davon - Kompressionswechselverbände - Kompressionsdauerverbände - apparative intermittierende - Kompressionsbehandlungen - spezielle lymphologische Kompressionsverbände	100 25 100 100	
Verordnung medizinischer Kompressionsstrümpfe mit nachfolgender Wirkungskontrolle bei - venösen Erkrankungen - Lymphödem unter Berücksichtigung der speziellen lymphologischen Kompressionsbestrumpfung	100 100	
Eingriffe am epifaszialen Venensystem der unteren Extremitäten, z. B. Krossektomie, Phleboektomie, Varikotomie	50	

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)