

Logbuch der Sächsischen Landesärztekammer

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Name weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Geburtsdatum |
|-------------------------------------|--------------|

Gebiet Kinder- und Jugendmedizin

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

(Kinder- und Jugendarzt/Kinder- und Jugendärztin)

| | |
|---------------------------|--|
| Gebietsdefinition | Das Gebiet Kinder- und Jugendmedizin umfasst die Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes, Jugendlichen und Heranwachsenden in seinem sozialen Umfeld von der pränatalen Periode bis zur Transition in eine Weiterbetreuung. |
| Weiterbildungszeit | 60 Monate Kinder- und Jugendmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon <ul style="list-style-type: none"> ▪ müssen 6 Monate in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgeleistet werden - können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen |

Weiterbildungsabschnitte

| | |
|---|----------------------|
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| | |
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| | |
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| | |
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| | |

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

| | |
|---|----------------------|
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |

Weiterbildungsgespräche

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |

Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägung | | | | | | |
| Grundlagen | | | | | | |
| Ethische, wissenschaftliche und rechtliche Grundlagen ärztlichen Handelns | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Vertiefung und Stärkung berufsspezifischer Haltungen zum Wohl des Patienten, die auf ärztlicher Expertise, anerkannten ethischen Grundsätzen, Kommunikativität, Kollegialität und präventivem Engagement beruhen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Grundlagen ärztlicher Begutachtung | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements einschließlich des Fehler- und Risikomanagements sowie Anwendung von Leit- und Richtlinien | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Grundlagen der Transplantationsmedizin und Organisation der Organspende | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Ökonomische und strukturelle Aspekte des Gesundheitswesens | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Hygienemaßnahmen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Ärztliche Leichenschau | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Patientenbezogene Inhalte | | | | | | |
| | Management (nosokomialer) Infektionen mit multiresistenten Erregern | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Beratung über präventive und rehabilitative Maßnahmen einschließlich der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln sowie Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Situationsgerechte ärztliche Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Aufklärung und Befunddokumentation | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Durchführung einer strukturierten Patientenübergabe | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Psychosomatische Grundlagen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Psychosoziale, umweltbedingte und interkulturelle Einflüsse auf die Gesundheit sowie Zusammenhang zwischen Krankheit und sozialem Status | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Besondere Situationen bei der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Therapieentscheidungen am Lebensende einschließlich Angehörigengespräche | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Symptome der Verletzung von körperlicher und/oder psychischer Integrität | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Beurteilung von Besonderheiten der Erkrankungen und Einschränkungen im Alter | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Genderaspekte und Aspekte der Geschlechtsidentität | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Telemedizin | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Behandlungsbezogene Inhalte | | | | | | |
| Ätiologie, Pathophysiologie und Pathogenese von Krankheiten | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Medizinische Notfallsituationen, insbesondere lebensrettende Sofortmaßnahmen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Seltene Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Pharmakotherapie, Pharmakovigilanz und Arzneimitteltherapiesicherheit sowie Arzneimittelmissbrauch | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Schmerzprävention und allgemeine Schmerztherapie bei akuten und chronischen Schmerzen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | Impfwesen/Durchführung von Schutzimpfungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Besonderheiten bei der Betreuung von Menschen mit Behinderung | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Technisch-diagnostische Inhalte im Zusammenhang mit gebietsspezifischen Fragestellungen | | | | | | |
| Präanalytik und labortechnisch gestützte Nachweisverfahren | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Point-of-Care-Diagnostik mit visueller oder apparativer Ausstattung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Indikationsstellung und Befundinterpretation des krankheitsbezogenen Basislabors | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Interdisziplinäre Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich der Differentialindikation und Interpretation bildgebender Befunde | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin | | | | | | |
| Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin | | | | | | |
| Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Erkennung und Einleitung von Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung, insbesondere bei Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Interdisziplinäre Zusammenarbeit einschließlich Fallkonferenzen, auch mit Kindergemeinschaftseinrichtungen, Beratungsstellen und Behörden | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Diagnostik und Therapie bei Schlafstörungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Erkennung von akut abklärungsbedürftigen Symptomkomplexen (red flags) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Normale und pathologische Entwicklung von der Geburt bis zum Abschluss der somatischen, psychischen, mentalen und sozialen Reife | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Transition im Kontext der zugrunde liegenden Erkrankung | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Indikationsstellung zur Verlegung in eine fachlich spezialisierte Einrichtung einschließlich der vorgeburtlichen Verlegung bei schweren Erkrankungsverläufen, z. B. Organversagen, onkologische Erkrankung, extreme Unreife, schwere Fehlbildung, schwerer Immundefekt | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Pharmakotherapie in den verschiedenen Altersabschnitten einschließlich der Indikationsstellung zur zulassungsüberschreitenden Anwendung (Off-label use) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Analgesedierung bei diagnostischen und therapeutischen Eingriffen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Alters-, geschlechts- und kulturspezifische Aspekte in Symptomatologie und Therapie | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Gesunde Ernährung | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Prävention, Diagnostik und Therapie von Ernährungsstörungen, insbesondere der Adipositas | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Fachgebundene genetische Beratung | | | | | | |
| Grundlagen hereditärer und multifaktorieller Krankheitsbilder und Entwicklungsstörungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Interpretation und Aussagekraft genetischer Untersuchungsergebnisse (Sensitivität, Spezifität, prädiktiver Wert) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Methodische, psychosoziale und ethische Aspekte der genetischen Beratung und Diagnostik einschließlich pharmakogenetischer Tests | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Erkennung fachbezogener genetisch bedingter Krankheitsbilder oder Entwicklungsstörungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Fachgebundene genetische Beratung bei diagnostischer und prädiktiver genetischer Untersuchung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Entwicklungs- und Sozialpädiatrie | | | | | | |
| | Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge von Entwicklungsstörungen und Behinderungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Klinische Beurteilung von Wachstum, körperlicher, psychomotorischer und psychosozialer Entwicklung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Entwicklungsdiagnostik einschließlich Anwendung und Beurteilung von Testverfahren | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Psychische und psychosomatische Störungen und Verhaltensstörungen | | | | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | Basisbehandlung psychischer, somatoformer und psychosomatischer Anpassungs-, Regulations- und Verhaltensstörungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Notfälle und Intensivmedizin | | | | | | |
| Notfall- und intensivmedizinisch relevante Symptome, Krankheitsbilder und Differentialdiagnosen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Intensivmedizinische Basisbehandlung einschließlich endotrachealer Intubation sowie Punktionen von Körperhöhlen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Behandlung von Vergiftungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Legen zentralvenöser Zugänge | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Neonatologische Erkrankungen | | | | | | |
| Erkrankungen und Komplikationen der Neonatalperiode | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Primärversorgung und Reanimation von Früh- und Neugeborenen einschließlich der Basisbeatmungstechniken | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Beurteilung der Reife von Früh- und Neugeborenen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Diagnostik und Therapie wesentlicher neonatologischer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung sowie der Einleitung von rehabilitativen Maßnahmen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Neurologische Beurteilung und Diagnostik bei Früh- und Neugeborenen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Ernährungsplanung bei Früh- und Neugeborenen einschließlich parenteraler Ernährung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Besondere Aspekte der Jugendmedizin | | | | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Jugendspezifische Morbidität und Risikoverhalten sowie weiterführende Therapieoptionen im Erwachsenenalter | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Erkennung und Einschätzung von Experimentierverhalten in Abgrenzung zu Risikoverhalten und Suizidalität einschließlich der Beratung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Spezifische jugendmedizinische Diagnostik | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Prävention einschließlich Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Jugendliche | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Notfallkontrazeption | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Sexuell übertragbare Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | Therapie und Beratung Jugendlicher und Heranwachsender unter Berücksichtigung des Rechts auf Entscheidung/Mitentscheidung und der Schweigepflicht | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Normaler Ablauf und Varianten der pubertären Entwicklung der Geschlechter (biologisch/mental/psychosozial) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Bestimmung der Pubertätsstadien | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Therapie und Begleitung von Jugendlichen mit chronischer, behindernder und prognostisch ungünstiger Erkrankung unter Berücksichtigung von Akzeptanz, Compliance und jugendaltersspezifischem Verhalten | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Erkrankung des Respirationstraktes | | | | | | |
| Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Diagnostik und Therapie häufiger pneumologischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Mitbehandlung komplexer pneumologischer Erkrankungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Durchführung und Befunderstellung von Lungenfunktionstests einschließlich Spirometrie und Fluss-Volumenkurve | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Anleitung von Inhalationstechniken und Demonstration atemerleichternder Übungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Allergien | | | | | | |
| Grundlagen allergologischer Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Differentialdiagnostik atopischer Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Durchführung und Befunderstellung von Prick-Tests | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | Indikationsstellung und Befundinterpretation laborgestützter Diagnostik | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | Durchführung der spezifischen Immuntherapie | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | Therapie der Anaphylaxie gemäß Schweregrad einschließlich des anaphylaktischen Schocks | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Infektionskrankheiten | | | | | | |
| Infektiöse Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | Diagnostik und Therapie von Infektionserkrankungen und Infektionen von Organsystemen einschließlich der Sepsis | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | Management bei therapieresistenten Erregern | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Präventivmaßnahmen bei Infektionserkrankungen unter Berücksichtigung von Ansteckungsmodus, Inkubationszeit und Prodromi einschließlich der Isolationspflichtigkeit | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Meldepflichten gemäß Infektionsschutzgesetz | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Erkrankungen der endokrinen Organe/Diabetologie | | | | | | |
| Endokrine Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Basisbehandlung endokriner Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Behandlung des Diabetes mellitus | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Diagnostik und konservative Therapie des Maldeszensus Testis | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Mitbehandlung seltener oder komplexer endokrinologischer Erkrankungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Metabolisches Syndrom | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Erkrankungen des Verdauungstraktes | | | | | | |
| Krankheiten der Verdauungsorgane | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Diagnostik und Basistherapie von Patienten mit Erkrankungen der Verdauungsorgane, auch bei funktionellen Störungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Mitbehandlung komplexer gastroenterologischer Erkrankungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Ernährungsberatung und Diätetik bei Erkrankungen des Verdauungstraktes | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Hämatologische und onkologische Erkrankungen | | | | | | |
| Hämatologische, onkologische und hämostaseologische Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Behandlung häufiger hämatologischer und hämostaseologischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Mitbehandlung onkologischer, komplexer hämatologischer, und hämostaseologischer Erkrankungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Management bei dauerhaften zentralvenösen Zugängen, z. B. Port, Hickman, Broviac | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Primäre und sekundäre Immundefekte und Dysregulationen | | | | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Angeborene und erworbene Störungen des Immunsystems | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Mitbehandlung bei Immundefekten und Dysregulationen sowie unter Immunsuppression einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems | | | | | | |
| Angeborene oder erworbene Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Erkennung abklärungsbedürftiger kardialer Symptome | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Mitbehandlung kardiologischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege | | | | | | |
| Akute und chronische Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | Behandlung häufiger nephro-urologischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | Diagnostik und konservative Therapie von Miktionsstörungen und Inkontinenz | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | Mitbehandlung komplexer Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | Behandlung akuter Störungen des Wasser-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushaltes | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | Behandlung des Bluthochdrucks | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems und des neuromuskulären Systems | | | | | | |
| Neuropädiatrische Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Diagnostik und Therapie häufiger neuropädiatrischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Mitbehandlung komplexer neuropädiatrischer Erkrankungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Diagnostik und Therapie bei Gelegenheitsanfällen und des Krampfanfalls bei Fieber | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Diagnostik und Therapie des Kopfschmerzes | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Rheumatische Erkrankungen | | | | | | |
| Entzündlich-rheumatische Systemerkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Indikationsstellung und Überwachung von Physiotherapie, Ergotherapie einschließlich der Hilfsmittelversorgung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Basisbehandlung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen und Systemerkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Mitbehandlung komplexer rheumatischer Erkrankungen und Systemerkrankungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Stoffwechselerkrankungen | | | | | | |
| Angeborene Stoffwechselerkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Zielerkrankungen des Neugeborenen Screenings | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Einleitung einer Notfalltherapie | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Mitbehandlung angeborener Stoffwechselerkrankungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Chirurgisch zu behandelnde Krankheitsbilder | | | | | | |
| Chirurgische Krankheitsbilder, Fehlbildungen, Verletzungen und Verbrennungen einschließlich operativer und konservativer Therapieverfahren | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Diagnostik von chirurgischen Krankheitsbildern, Einleitung der weiterführenden operativen Therapie sowie Weiterbehandlung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Erkrankungen der Haut | | | | | | |
| Hauterkrankungen und Hautmanifestationen von Systemerkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Diagnostik und Therapie häufiger Hauterkrankungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Mitbehandlung komplexer Hauterkrankungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Erkrankungen des Bewegungsapparates | | | | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---------|---|---------|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Erkrankungen und Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparates | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | Diagnostik und konservative Therapie von Erkrankungen und Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparates | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Prävention | | | | | | | | |
| | | Organisation und Durchführung von primären bis tertiären Präventionsmaßnahmen | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | Spezifische Impfberatung auf Grundlage der STIKO-Empfehlungen | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | Früherkennungsuntersuchungen in den verschiedenen Altersstufen, davon | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | – im Säuglingsalter (U2-U6) | | 30 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---------|--|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| – im Kindesalter (U7-U9) | | | | | 30 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| – im Schul- sowie Jugendalter (z. B. J1) | | | | | 5 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Stoffwechselscreening bei Neugeborenen einschließlich Tracking | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Neugeborenenhörscreening einschließlich Tracking | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Prävention von System- und Organerkrankungen | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---------|---|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | | Beratung bezüglich toxikologischer und umweltmedizinischer Faktoren | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Beratung zur Unfallprävention | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Diagnostische Verfahren | | | | | | | | | |
| | | Sonographie einschließlich Dopplertechnik | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – des Abdomens und des Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane | | | 200 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – der Nieren und ableitenden Harnwege | | | 100 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | – des Gehirns | | | 100 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---------|--|---------|---------|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | | 6. Jahr | Gesamt | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| – der Gelenke und Weichteile | | | | | 50 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | | 6. Jahr | Gesamt | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| – der Säuglingshüfte | | | | | 200 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | | 6. Jahr | Gesamt | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| – der Schilddrüse | | | | | 25 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | | 6. Jahr | Gesamt | | |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Indikationsstellung und Befundinterpretation bildgebender und funktioneller Verfahren sowie weiterer technischer Untersuchungsverfahren | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Standardisierte Untersuchungen der Sprache und des Sprechens | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Richtungsweisende Untersuchungen des Seh- und Hörvermögens mit standardisierten Methoden, z. B. Tonschwellenaudiometrie | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Langzeit-Blutdruckmessung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Elektrokardiogramm | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Elektroenzephalogramm | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Weitere Inhalte, die über die Anforderungen der Weiterbildungsordnung hinausgehen | | | | | | |
| Gegebenenfalls auf gesondertem Blatt | | | | | | |