

Logbuch der Sächsischen Landesärztekammer

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

Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin

Dieser Bezeichnung kann der adjektivische Zusatz der jeweiligen Facharztbezeichnung zugefügt werden.

| | |
|-----------------------------|--|
| Definition | Die Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Indikationsstellung, Vorbereitung, Durchführung und/oder Nachsorge bei Organtransplantationen, Lebend-Organ Spenden, Erkennung und Behandlung von Komplikationen nach Organspende, das Wartelistenmanagement und umfassende immunologische Kenntnisse einschließlich der Anwendung und Überwachung der medikamentösen Immunsuppression nach Organtransplantation und supportiver Maßnahmen. |
| Mindestanforderungen | Facharztanerkennung für Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Viszeralchirurgie, Innere Medizin und Gastroenterologie, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Nephrologie, Innere Medizin und Pneumologie, Kinder- und Jugendmedizin oder Urologie und zusätzlich 24 Monate Transplantationsmedizin in einem Transplantationszentrum unter Befugnis an Weiterbildungsstätten |

Weiterbildungsabschnitte

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

Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin

| | |
|---|----------------------|
| 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 |

Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| 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 Zusatz-Weiterbildung

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Gemeinsame Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin | | | | | | |
| Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin | | | | | | |
| Rechtliche, ethische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Organtransplantation, insbesondere hinsichtlich postmortaler Organspende und Lebendorganspende sowie Allokationsverfahren | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Vorbereitung und Meldung auf die Warteliste zur Organtransplantation sowie Wartelistenmanagement | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Grundlagen der Spender- und Empfängerauswahl | | | <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 Kontraindikationen für die Transplantation | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Immunsuppressive Therapieoptionen bei Organtransplantation | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Erkennung und ggf. interdisziplinäre Behandlung von immunologischen, chirurgischen und pharmakologischen Komplikationen nach Organtransplantation | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Infektiologische Aspekte der Transplantation | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Nachsorge nach Organtransplantation, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Transplantationsmedizinische Qualitätssicherung | | | <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 | | | | |
| Grundlagen der Immunologie, insbesondere der Humanen Leukozyten Antigene (HLA) und Antikörper relevanten Organallokation und Kompatibilitätsdiagnostik | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildungen Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Urologie | | | | | | | | | |
| Diagnostik und Therapie | | | | | | | | | |
| | | Perioperative Behandlung von Patienten vor und nach Nieren-, Leber-, Pankreas- und/oder Dünndarmtransplantation | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Farbkodierte Duplexsonographie der Leber und/oder Niere | | | 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 | | | | |
| | | Organentnahme bei Nierenlebendspende und/oder Leberlebendspende | | | 20 | | | <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 | | | | |
| Organentnahme bei postmortaler Organspende | | | | 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 | | | | |
| Transplantationen, alternativ | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| – entweder Nieren | | | | 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 | | | | |
| – oder Leber | | | | 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 | | | | |
| – oder Pankreas | | | | 15 | | | | <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 | | | |
| | | Nieren- und/oder Lebertransplantatbiopsie | | | 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 | | | |
| Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Herzchirurgie | | | | | | | | | |
| Diagnostik und Therapie | | | | | | | | | |
| | | Perioperative Behandlung von Patienten vor und nach Herz- und/oder Lungentransplantation | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | Organentnahme bei postmortalen Organspende | | | 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 | | | |
| | | Thorakale Transplantation von Herz und/oder Lunge und/oder kombiniert Herz-Lunge | | | 15 | | | <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 | | | |
| Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Thoraxchirurgie | | | | | | | | | |
| Diagnostik und Therapie | | | | | | | | | |
| | | Perioperative Behandlung von Patienten vor und nach Lungentransplantation | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | Organentnahme bei postmortalen Organspende | | | 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 | | | |
| | | Lungentransplantation | | | 15 | | | <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 | | | |
| Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Gastroenterologie | | | | | | | | | |
| Diagnostik und Therapie | | | | | | | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---------|--|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | | Behandlung von Patienten vor und nach Lebertransplantation, auch im Langzeitverlauf | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Farbkodierte Duplexsonographie des Lebertransplantats | | | 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 | | | | |
| | | ERCP nach Lebertransplantation | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Lebertransplantatbiopsie nach Lebertransplantation | | | 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 | | | | |
| | | Teilnahme an Lebertransplantationen | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Kardiologie | | | | | | | | | |
| Diagnostik und Therapie | | | | | | | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---------|--|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | | Behandlung von Patienten vor und nach Herz- und Herz-Lungentransplantation, auch im Langzeitverlauf | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Endomyokardbiopsie nach Herztransplantation | | | 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 | | | | |
| | | Linksherzkatheter einschließlich Koronarangiographie nach Herztransplantation | | | 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 | | | | |
| | | Teilnahme an Herztransplantationen | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Nephrologie | | | | | | | | | |
| Diagnostik und Therapie | | | | | | | | | |
| | | Behandlung von Patienten vor und nach Nierentransplantation und Pankreastransplantation, auch im Langzeitverlauf | | | | | | <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 | | | | |
| | | Farbkodierte Duplexsonographie des Nierentransplantats | | | 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 | | | | |
| | | Nierentransplantatbiopsie | | | 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 | | | | |
| | | Teilnahme an Nierentransplantationen | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Pneumologie | | | | | | | | | |
| Diagnostik und Therapie | | | | | | | | | |
| | | Behandlung von Patienten vor und nach Lungen- und Herz-Lungentransplantation, auch im Langzeitverlauf | | | | | | <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 |
|---|---------|--|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | | Bronchoskopie mit bronchoalveolärer Lavage nach Lungentransplantation | | | 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 | | | | |
| | | Lungenfunktionsuntersuchungen nach Lungentransplantation | | | 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 | | | | |
| | | Teilnahme an Lungen- und/oder Herz-Lungentransplantationen | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin | | | | | | | | | |
| Diagnostik und Therapie | | | | | | | | | |
| | | Behandlung von Kindern und Jugendlichen vor und nach Nieren-, Leber-, Darm-, Herz- und/oder Lungentransplantation, auch im Langzeitverlauf | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Farbkodierte Duplexsonographie | | | | | | <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 | | | | |
| – entweder des Nierentransplantats | | | | | 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 | | | | |
| – oder des Lebertransplantats, davon | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| – vor Transplantation | | | | | 20 | | | <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 | | | | |
| – nach Transplantation | | | | | 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 | | | | |
| Nieren- und/oder Lebertransplantatbiopsie | | | | | 10 | | | <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 | | | |
| | | Teilnahme an Nieren- und/oder Lebertransplantationen bei Kindern und Jugendlichen | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Weitere Inhalte, die über die Anforderungen der Weiterbildungsordnung hinausgehen | | | | | | | | | |
| Gegebenenfalls auf gesondertem Blatt | | | | | | | | | |