

# Logbuch der Sächsischen Landesärztekammer



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

## Gebiet Allgemeinmedizin

### Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

(Hausarzt/Hausärztin)

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Gebietsdefinition</b>  | Das Gebiet Allgemeinmedizin beinhaltet die medizinische Akut-, Langzeit- und Notfallversorgung von Patienten jeden Alters mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen sowie die Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und die Versorgung in der Palliativsituation unter Berücksichtigung somatischer, psycho-sozialer, soziokultureller und ökologischer Aspekte. Das Gebiet hat zudem auch die besondere Funktion, als erste ärztliche Anlaufstelle bei allen Gesundheitsproblemen verfügbar zu sein sowie die sektorenübergreifende Versorgungskoordination und Integration mit anderen Arztgruppen und Fachberufen im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Es umfasst die haus- und familienärztliche Funktion unter Berücksichtigung eines ganzheitlichen Fallverständnisses und der Multimorbidität im unausgelesenen Patientenkollektiv, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld. |
| <b>Weiterbildungszeit</b> | <p>60 Monate Allgemeinmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ müssen 24 Monate in der ambulanten hausärztlichen Versorgung unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Facharztes für Allgemeinmedizin abgeleistet werden. Die Weiterbildung bei hausärztlich tätigen Internisten ist dem gleichgestellt, wenn die Ärztekammer hierfür eine Befugnis erteilt hat.</li> <li>▪ müssen 12 Monate im Gebiet Innere Medizin in der stationären Akutversorgung abgeleistet werden</li> <li>▪ müssen 6 Monate in mindestens einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden</li> <li>▪ müssen weitere 18 Monate Weiterbildung in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden (auch 3-Monats-Abschnitte)</li> </ul> <p>80 Stunden Kurs-Weiterbildung in Psychosomatische Grundversorgung</p>   |

## Weiterbildungsabschnitte

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

|   |                      |
|---|----------------------|
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| 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 |
| Gesprächsdatum                                     | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll |                                     |

### Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse   | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| <b>Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägung</b> |  |                                 |                                     |   |                                   |  |
| <b>Grundlagen</b>   |  |                                 |                                     |   |                                   |  |
| Ethische, wissenschaftliche und rechtliche Grundlagen ärztlichen Handelns   |  |                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar   |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse                           | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
|   | 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"/>                  |                                   |  |
| 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"/>                 |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl   | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|--|---|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar                                     |  |   | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   |  | Ärztliche Leichenschau  |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |  |   | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| <b>Patientenbezogene Inhalte</b>              |  |   |                                     |   |                                   |  |
|   |  | Management (nosokomialer) Infektionen mit multiresistenten Erregern   |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| 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"/>                 |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse  | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten                          | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| Psychosomatische Grundlagen  |   |                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| Psychosoziale, umweltbedingte und interkulturelle<br>Einflüsse auf die Gesundheit sowie Zusammenhang<br>zwischen Krankheit und sozialem Status |   |                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit   |   |                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| Besondere Situationen bei der Betreuung von<br>Schwerstkranken und Sterbenden  |   |                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|  | Therapieentscheidungen am Lebensende<br>einschließlich Angehörigengespräche |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| Symptome der Verletzung von körperlicher und/oder<br>psychischer Integrität  |   |                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse  | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten                                  | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| 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 |   |                                   |  |
| Digitalisierung im Kontext ärztlichen Handelns (Interaktion, Diagnostik, Therapiemanagement) |   |                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|  | Beurteilung und Einsatz digitaler Anwendungen für Anamnese, Diagnostik und Therapie |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| <b>Behandlungsbezogene Inhalte</b>   |   |                                 |                                     |   |                                   |  |
| 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"/>                 |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse                 | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| 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 |   |                                   |  |
|   | 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"/>                  |                                   |  |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse  | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar  |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| <b>Technisch-diagnostische Inhalte im Zusammenhang mit gebietsspezifischen Fragestellungen</b> |  |                                 |                                     |   |                                   |  |
| 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 |   |                                   |  |
| <b>Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin</b>                         |  |                                 |                                     |   |                                   |  |
| <b>Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin</b>                       |  |                                 |                                     |   |                                   |  |
| Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien  |  |                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse |         | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   |         |         | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl     | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|---------|--|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar                                     |         |  |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | Mehrdimensionalität des allgemeinmedizinischen Handelns und der biopsychosozialen Langzeitbetreuung mit Anwendung des hermeneutischen Fallverständnisses unter Berücksichtigung des Krankheitsverständnisses des Patienten |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |  |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | Anwendung der allgemeinmedizinischen Arbeitsmethodik des abwartenden Offenhaltens und der Vermeidung abwendbar gefährlicher Verläufe   |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |  |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | Versorgung und Koordination von Patienten, insbesondere in ihrem familiären Umfeld, in der Langzeitpflege sowie in ihrem weiteren sozialen Umfeld einschließlich der Hausbesuchstätigkeit, davon                           |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |  |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | – Hausbesuche  |         |         | 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 |                                |   |                                   |  |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
|   | Interdisziplinäre Koordination, insbesondere bei multimorbiden Patienten einschließlich der Indikationsstellung zur häuslichen Krankenpflege, Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Hilfen in Behandlungs- und Betreuungskonzepte |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Bewertung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Arbeitsfähigkeit, der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| Hereditäre Krankheitsbilder                   |   |                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Erkennung, Beurteilung und Behandlung der Auswirkungen von durch Umwelt und Milieu bedingten Schäden einschließlich Arbeitsplatzeinflüssen  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Erkennung von Suchtkrankheiten und Einleitung von weiterführenden Maßnahmen   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse |         | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   |         |         | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl     | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|---------|--|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar                                     |         |  |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | Durchführung der ärztlichen Leichenschau   |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |  |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
| <b>Notfälle</b>                               |         |  |         |         |                                     |                                |   |                                   |  |
|   |         | Lebensrettende Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung, welche durch Simulation ersetzt werden können                     |         |         | 10                                  |                                |   | <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 am ärztlichen Bereitschaftsdienst  |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |  |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
| <b>Krankheiten und Beratungsanlässe</b>       |         |  |         |         |                                     |                                |   |                                   |  |
|   |         | Umgang mit den häufigsten Beratungsanlässen im unausgelesenen Patientenkollektiv einschließlich Langzeitversorgung und der hausärztlichen Behandlung von |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |  |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
|   | – nichtinfektiösen, infektiösen, toxischen und neoplastischen sowie von allergischen, immunologischen, metabolischen, ernährungsabhängigen und degenerativen Erkrankungen einschließlich diätetischer Behandlung sowie Beratung und Schulung |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit Diabetes mellitus, davon   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – Patienten mit Insulintherapie  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Behinderungen  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – Erkrankungen der Haut  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Wunden   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – Erkrankungen von Hals, Nasen und Ohren  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – Erkrankungen des Auges  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – psychischen und neurologischen Erkrankungen   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit Depressionen und Angststörungen einschließlich der Krisenintervention |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen des Magen-Darmtrakts                         |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten                          | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – Erkrankungen des Herzkreislaufsystems einschließlich Lunge                |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit Hypertonie              |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit COPD/Asthma             |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – Erkrankungen des Urogenitaltrakts einschließlich der Niere                |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – Erkrankungen des Endokrins und Stoffwechsels                              |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse  | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar  |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| – Erkrankungen des Blutes und der Blutgerinnung  |  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| – Blutgerinnungsmanagement   |  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| – sexualmedizinische Beratungsanlässe  |  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| – Beratung zur Familienplanung   |  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| – akute und/oder chronische Schmerzzustände  |  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| – insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen einschließlich der Behandlung mit Opioiden |  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| <b>Funktionelle Störungen</b>  |  |                                 |                                     |   |                                   |  |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse |         | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten                                     |         |         | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl     | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|---------|--|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
|   |         | Erkennung und Behandlung psychosomatischer Krankheitsbilder, insbesondere              |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |  |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | – psychosomatische Interventionen  |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |  |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
| <b>Besondere Patientengruppen</b>             |         |  |         |         |                                     |                                |   |                                   |  |
|   |         | Behandlung und Koordination der Beratungsanlässe des Kindes- und Jugendalters          |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |  |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | – Behandlung von akut erkrankten Kindern/Jugendlichen                                  |         |         | 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 |                                |   |                                   |  |
|   |         | Erkennung und ggf. Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |  |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse |         | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  |         |         | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|---------|---|---------|---------|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
|   |         | Behandlung von Patienten mit Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters, geriatrischer Krankheitsbilder und Funktionsstörungen unter Berücksichtigung von Aspekten der Multimorbidität einschließlich Erstellung und Durchführung eines Hilfeplans zum Erhalt der Selbständigkeit und Autonomie, auch unter Einbeziehung eines multiprofessionellen Teams, Anpassung des Wohnumfeldes sowie Angehörigen- und Sozialberatung, davon |         |         | 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 |   |                                   |  |
|   |         | – Behandlung von Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit in ihrer Häuslichkeit  |         |         | 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 |   |                                   |  |
|   |         | Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten einschließlich Sterbebegleitung  |         |         |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |   |         |         |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| Onkologische Krankheitsbilder                 |         |   |         |         |                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar                                     |         |   |         |         |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
|   | Beratung bezüglich eines kurativen oder palliativen Therapieansatzes bei Tumorerkrankungen unter Einbeziehung des Patienten, seiner Angehörigen und mitbehandelnden Ärzte |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| <b>Prävention und Rehabilitation</b>          |   |                                 |                                     |   |                                   |  |
|   | Gesundheitsberatung, Früherkennung und Vorsorge von Gesundheitsstörungen einschließlich Gewalt- und Suchtprävention, insbesondere   |                                 |                                     |   | <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 |   |                                   |  |
|   | – Durchführung von kardiovaskulären Risikobestimmungen  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | – Beratungen zur Krebsfrüherkennung   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Beratung zu sozialen und pflegerischen Hilfen   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
|   | Indikationsstellung, Verordnung und Einleitung rehabilitativer Maßnahmen einschließlich geriatrischer Frührehabilitation sowie der Nachsorge |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| <b>Diagnostische Verfahren</b>                |  |                                 |                                     |   |                                   |  |
| Relevante diagnostische Verfahren             |  |                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar                                     |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Indikationsstellung, Einschätzung der Dringlichkeit apparativer Diagnostik einschließlich der Befundinterpretation                           |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Elektrokardiogramm   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Ergometrie   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Langzeit-EKG   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Langzeitblutdruckmessung   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben      | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Spirometrie   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Ultraschalluntersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane im Rahmen der Erst- und Verlaufsdagnostik |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse im Rahmen der Erst- und Verlaufsdagnostik   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial                                      |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Otoskopie   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Richtungsweisende Hör- und Sehprüfung   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse |         | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  |         |         | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl     | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|---------|---|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar                                     |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | Durchführung und Interpretation standardisierter Testverfahren einschließlich Fragebögen, insbesondere zur Depressionsdiagnostik und zu geriatrischen Fragestellungen   |         |         | 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 |                                |   |                                   |  |
| Therapeutische Verfahren                      |         |   |         |         |                                     |                                |   |                                   |  |
| Chemo- und Strahlentherapie                   |         |   |         |         |                                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar                                     |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
| Transfusions- und Blutersatztherapie          |         |   |         |         |                                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar                                     |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
| Komplementärmedizinische Verfahren            |         |   |         |         |                                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar                                     |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | Indikationsstellung, Verordnung und Überwachung der medikamentösen Therapie unter Beachtung der Neben- und Wechselwirkungen und besonderer Berücksichtigung der Aspekte Multimorbidität, Alter, Polypharmazie, Adhärenz und Evidenz |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse   |         | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  |         |         | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl     | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|---|---------|---|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar   |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | Indikationsstellung und Verordnung von Psychotherapie einschließlich Verlaufsbeobachtung  |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | Infusionstherapie und parenterale Ernährung   |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | Wundversorgung und Wundbehandlung, Inzision, Exzision, Exstirpation und Probeexzision auch unter Anwendung der Lokal- und peripheren Leitungsanästhesie |         |         | 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 |                                |   |                                   |  |
|   |         | Anlage von Orthesen und Schienen  |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
| <a href="#">Weitere Inhalte, die über die Anforderungen der Weiterbildungsordnung hinausgehen</a> |         |   |         |         |                                     |                                |   |                                   |  |

| <b>Kognitive und Methodenkompetenz</b><br>Kenntnisse | <b>Handlungskompetenz</b><br>Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene<br>Zahl/Richtzahl | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | unter<br>Anleitung<br>durchführen | selbstver-<br>antwortlich<br>durchführen |
|--|---|---------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Gegebenenfalls auf gesondertem Blatt                 |   |                                 |                                |   |                                   |  |