

# Logbuch der Sächsischen Landesärztekammer

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

## Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

(Gynäkologischer Onkologe/Gynäkologische Onkologin)

Die Schwerpunkt-Weiterbildung Gynäkologische Onkologie baut auf der Facharzt-Weiterbildung Frauenheilkunde und Geburtshilfe auf.

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Definition</b>         |  |
| <b>Weiterbildungszeit</b> | 24 Monate Gynäkologische Onkologie 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 |
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |

Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

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

Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

|  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| 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 Schwerpunkt-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>Spezifische Inhalte der Schwerpunkt-Weiterbildung Gynäkologische Onkologie</b> |  |                                 |                                     |   |                                   |  |
| <b>Notfälle</b>   |  |                                 |                                     |   |                                   |  |
|   | Behandlung von medikamentösen und operativen<br>Komplikationen nach onkologischen Behandlungen, z.<br>B. febrile Neutropenie, Sepsis, Ileus, Paravasat |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Diagnostik und Therapie der primären Tumorblutung  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Mitbehandlung strahlentherapeutischer Komplikationen   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| <b>Tumorerkrankungen</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 |
|---|---------|--|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
|   |         | Diagnostik und Therapie bösartiger Erkrankungen des weiblichen Genitale und der Brust einschließlich hereditärer onkologischer Krankheitsbilder  |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |  |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | Organerhaltende oder radikale Operationen gutartiger, prämaligener oder maligner Erkrankungen der Mamma einschließlich Exploration der regionalen Lymphabflussgebiete  |         |         | 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 |                                |   |                                   |  |
|   |         | Organerhaltende oder radikale Operationen gutartiger, prämaligener oder maligner Erkrankungen des weiblichen Genitale sowie systematischer inguinaler, pelviner, paraaortaler Lymphonodektomie, Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SNB) einschließlich fertilitätserhaltender Maßnahmen |         |         | 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 |                                |   |                                   |  |
|   |         | Rekonstruktive Eingriffe im Zusammenhang mit onkologischen Behandlungen, insbesondere  |         |         | 50                                  |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr                    | 2. Jahr | 3. Jahr  | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr                             | Gesamt                         |   |                                   |  |

| 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 |   |                                   |  |
|   |         | – am weiblichen Genitale                                    |         |         |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |   |         |         |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   |         | – an der Bauchdecke   |         |         |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |   |         |         |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   |         | – an der Brust  |         |         |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |   |         |         |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   |         | Indikationsstellung zur gynäkologischen<br>Strahlentherapie |         |         |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |   |         |         |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   |         | Spezielle Rezidivdiagnostik und -behandlung                 |         |         | 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 |   |                                   |  |
|   |         | Psychoonkologische Betreuung                                |         |         |                                 |                                     |   | <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 |                                |   |                                   |  |
|   |         | Einleitung von rehabilitativen Maßnahmen  |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | Tumornachsorge  |         |         | 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 |                                |   |                                   |  |
|   |         | Spezielle palliativmedizinische Betreuung bei Patienten mit lebenslimitierenden gynäkologischen Krankheiten |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
| <b>Therapieassoziierte endokrine Dysfunktionen</b>  |         |   |         |         |                                     |                                |   |                                   |  |
|   |         | Beratung über die Möglichkeiten der Fertilitätserhaltung  |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
| Prävention, Differentialdiagnose und Therapieoptionen endokriner Dysfunktionen im Rahmen onkologischer Behandlung einschließlich Bewertung möglicher Risiken und Nebenwirkungen |         |   |         |         |                                     | <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>Medikamentöse Tumortherapie und Supportivtherapie</b>     |         |   |         |         |                                     |                                |   |                                   |  |
|  |         | Interdisziplinäre Indikationsstellung zu chirurgischen, interventionellen und nuklearmedizinischen Behandlungsverfahren |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|  |         | Regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Tumorkonferenzen, davon   |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|  |         | – Falldarstellung   |         |         | 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 |                                |   |                                   |  |
| Pharmakologie und Wirkungsweise medikamentöser Tumortherapie |         |   |         |         |                                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar  |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|  |         | Indikationsstellung zur medikamentösen Tumortherapie unter Berücksichtigung von Komorbiditäten                          |         |         |                                     |                                |   | <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 |                                |   |                                   |  |
|   |         | Planung und Überwachung der medikamentösen Therapie bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes einschließlich der Prävention, Erkennung und Behandlung spezifischer Nebenwirkungen von Tumortheraeutika |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | Medikamentöse Therapie bei Patienten mit Tumoren des Fachgebietes in Behandlungsfällen, davon   |         |         | 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 |                                |   |                                   |  |
|   |         | – zytostatisch  |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | – zielgerichtet   |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                     |         |   |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|   |         | – immunmodulatorisch  |         |         |                                     |                                |   | <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 |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
|  | – antihormonell   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| Grundlagen der Supportivtherapie bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes                  |   |                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|  | Prophylaktische und interventionelle Supportivtherapie, insbesondere Antiemese, Ernährungsberatung und Diätetik einschließlich enteraler und parenteraler Ernährung, Infektionsprophylaxe und Therapie von Infektionen, Antikoagulation |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| <b>Weitere Inhalte, die über die Anforderungen der Weiterbildungsordnung hinausgehen</b> |   |                                 |                                     |   |                                   |  |
| Gegebenenfalls auf gesondertem Blatt   |   |                                 |                                     |   |                                   |  |