

Logbuch der Sächsischen Landesärztekammer



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

Gebiet Innere Medizin

Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie

(Rheumatologe/Rheumatologin)

| | |
|---------------------------|---|
| Gebietsdefinition | Das Gebiet Innere Medizin umfasst die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen einschließlich geriatrischer Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen. |
| Weiterbildungszeit | 72 Monate im Gebiet Innere Medizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon <ul style="list-style-type: none"> ▪ müssen 36 Monate in Innere Medizin und Rheumatologie abgeleistet werden, davon <ul style="list-style-type: none"> ◦ müssen 24 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden ▪ müssen 24 Monate in mindestens zwei anderen Facharztkompetenzen des Gebiets abgeleistet werden ▪ müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden ▪ müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden |

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 |

Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B unter Berücksichtigung gebietspezifischer Ausprägung | | | | | | |
| Grundlagen | | | | | | |
| Ethische, wissenschaftliche und rechtliche Grundlagen ärztlichen Handelns | | | <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 |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | 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 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 | | | |
| | Ärztliche Leichenschau | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Patientenbezogene Inhalte | | | | | | |
| | Management (nosokomialer) Infektionen mit multiresistenten Erregern | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 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 | | | |
| Psychosomatische Grundlagen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Psychosoziale, umweltbedingte und interkulturelle Einflüsse auf die Gesundheit sowie Zusammenhang zwischen Krankheit und sozialem Status | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 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 Schwerstkranken und Sterbenden | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Therapieentscheidungen am Lebensende einschließlich Angehörigengespräche | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Symptome der Verletzung von körperlicher und/oder psychischer Integrität | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| 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 | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Genderspekte 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 | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Behandlungsbezogene Inhalte | | | | | | |
| Ätiologie, Pathophysiologie und Pathogenese von Krankheiten | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | | | | <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 | | | |
| 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 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 | | | |
| Technisch-diagnostische Inhalte im Zusammenhang mit gebietsspezifischen Fragestellungen | | | | | | |
| Präanalytik und labortechnisch gestützte Nachweisverfahren | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Point-of-Care-Diagnostik mit visueller oder apparativer Ausstattung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Indikationsstellung und Befundinterpretation des krankheitsbezogenen Basislabors | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Interdisziplinäre Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich der Differentialindikation und Interpretation bildgebender Befunde | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Gemeinsame Inhalte der Facharzt-Weiterbildungen im Gebiet Innere Medizin | | | | | | |
| Übergreifende Inhalte im Gebiet Innere Medizin | | | | | | |
| Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Beratung bezüglich gesundheitsfördernder Lebensführung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Schulung bei ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Begutachtung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Begutachtung der Pflegebedürftigkeit | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Beratung und Führung Suchtkranker sowie Suchtprävention | | | | <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 |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Grundlagen der medikamentösen Tumortherapie | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Beratung zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten einschließlich Organspende | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Fachgebundene genetische Beratung | | | | | | |
| Grundlagen hereditärer und multifaktorieller Krankheitsbilder und Entwicklungsstörungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Interpretation und Aussagekraft genetischer Untersuchungsergebnisse (Sensitivität, Spezifität, prädiktiver Wert) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Methodische, psychosoziale und ethische Aspekte der genetischen Beratung und Diagnostik einschließlich pharmakogenetischer Tests | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 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 |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | Erkennung fachbezogener genetisch bedingter Krankheitsbilder oder Entwicklungsstörungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Fachgebundene genetische Beratung bei diagnostischer und prädiktiver genetischer Untersuchung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Notfall- und intensivmedizinische Maßnahmen im Gebiet Innere Medizin | | | | | | |
| | Stufendiagnostik und Therapie bei akut einsetzenden Leitsymptomen, z. B. Dyspnoe, Thoraxschmerz, Bauchschmerz, passagere und persistierende Bewusstseinsstörungen, Fieber, Erbrechen, Durchfall | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Diagnostik und Therapie akuter und vital bedrohlicher Erkrankungen und Zustände, insbesondere | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | – respiratorische Insuffizienz | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | – Schock | | | | <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 |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | – kardiale Insuffizienz | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | – akutes Nierenversagen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | – sonstiges Ein- und Mehrorganversagen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | – Koma und Delir | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | – Sepsis | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | – Intoxikationen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Kardiopulmonale Reanimation | | | | <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 |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | Intensivmedizinische Behandlung von Patienten mit Funktionsstörungen von mindestens zwei vitalen Organsystemen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Analgesiedierung von intensivmedizinischen Patienten | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Atemunterstützende Maßnahmen bei intubierten und nicht-intubierten Patienten einschließlich Beatmungsentwöhnung bei langzeitbeatmeten Patienten | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Differenzierte Beatmungstechniken | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Therapie von Stoffwechsellentgleisungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Notfallsonographie | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Notfallbronchoskopie | | | | <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 | | | |
| | Passagere Schrittmacheranlage | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Punktions- und Katheterisierungstechniken, insbesondere | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | – zentralvenöse Zugänge | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | – arterielle Gefäßzugänge | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Endotracheale Intubation | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Infektionen im Gebiet Innere Medizin | | | | | | |
| Meldepflichten gemäß Infektionsschutzgesetz | | | <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 |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | Vorsorge und Behandlung häufiger Infektionskrankheiten | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Management bei therapieresistenten Erregern | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Funktionelle Störungen im Gebiet Innere Medizin | | | | | | |
| | Basisbehandlung psychosomatischer Krankheitsbilder | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Krisenintervention unter Berücksichtigung psychosozialer Zusammenhänge | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Diagnostische Verfahren im Gebiet Innere Medizin | | | | | | |
| | Durchführung von ultraschallgestützten Punktionen bei Pleuraerguss und Aszites | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | B-Modus-Sonographie der Schilddrüse | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Elektrokardiogramm | | | | <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 | | | | |
| | | Langzeit-Elektrokardiogramm | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Ergometrie | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Langzeitblutdruckmessung | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Sonographie der Arterien und Venen | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | B-Modus-Sonographie der peripheren Arterien und Venen | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | B-Modus-Sonographie des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich der Nieren und ableitender Harnwege | | | 400 | | | <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 | | | |
| | Spirometrische Untersuchung der Lungenfunktion | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Indikationsstellung und Befundinterpretation von Röntgen-Thorax-Untersuchungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Differentialdiagnosen atopischer Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Therapeutische Verfahren im Gebiet Innere Medizin | | | | | | |
| | Durchführung von Entlastungspunktionen und Drainagen bei Pleuraerguss und Aszites | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik mit Berechnung des Energie- und Nährstoffbedarfs sowie Erstellen eines Ernährungsplans | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Infusionstherapie | | | | <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 | | | |
| | Transfusions- und Blutersatztherapie | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Angiologische Basisbehandlung | | | | | | |
| Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen von Arterien, Venen, Kapillaren und Lymphgefäßen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen von Arterien, Venen, Kapillaren und Lymphgefäßen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Endokrinologische und diabetologische Basisbehandlung | | | | | | |
| Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation endokriner Erkrankungen einschließlich assoziierter Stoffwechselstörungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Internistische Basisbehandlung von endokrinen Erkrankungen einschließlich assoziierter Stoffwechselstörungen | | | | <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 |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | Behandlung des Diabetes mellitus | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Gastroenterologische Basisbehandlung | | | | | | |
| Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Krankheiten der Verdauungsorgane sowie der exokrinen Verdauungsdrüsen und ihrer Ableitungswege | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Internistische Basisbehandlung von Krankheiten der Verdauungsorgane sowie der exokrinen Verdauungsdrüsen und ihrer Ableitungswege | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Geriatrische Basisbehandlung | | | | | | |
| Spezielle geriatrische Behandlungsmöglichkeiten mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Behandlung von Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters einschließlich interdisziplinärer Aspekte bei Multimorbidität | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Hämatologische und onkologische Basisbehandlung | | | | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden und lymphatischen Organe, des Immunsystems, der Hämostase sowie von malignen Neoplasien | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden und lymphatischen Organe, des Immunsystems, der Hämostase sowie von malignen Neoplasien | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Kardiologische Basisbehandlung | | | | | | |
| Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Nephrologische Basisbehandlung | | | | | | |
| Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der akuten und chronischen Nierenkrankheiten sowie deren extrarenaler Komplikationen | | | <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 | | | |
| | Internistische Basisbehandlung von akuten und chronischen Nierenkrankheiten sowie deren extrarenale Komplikationen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Pneumologische Basisbehandlung | | | | | | |
| Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinum, der Pleura, der Atempumpe einschließlich schlafbezogener Atmungsstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinum, der Pleura, der Atempumpe einschließlich schlafbezogener Atmungsstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Grundlagen allergologischer Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Rheumatologie | | | | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Rheumatologie | | | | | | |
| Differentialdiagnose, Therapieoptionen, Langzeitbetreuung und Rehabilitation entzündlich-rheumatischer Gelenkerkrankungen, inflammatorischer/immunologischer Systemerkrankungen, insbesondere Kollagenosen, Vaskulitiden, autoinflammatorische Syndrome, Immundefekte und ihre Komorbiditäten | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Transition im Kontext der zugrunde liegenden Erkrankung | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Rheumatische Systemerkrankungen | | | | | | |
| | Therapiesteuerung anhand diagnosespezifischer Funktions- und Aktivitätsindizes bei rheumatischen und entzündlich-systemischen Erkrankungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Stoffwechselbedingte, kristall-induzierte und endokrine rheumatische Krankheiten und Osteopathien | | | | | | |
| | Mitbehandlung von endokrinen und metabolischen Erkrankungen mit rheumatischer Symptomatologie | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Diagnostik und konservative Therapie sowie Langzeitbetreuung von Kristallarthropathien sowie der Osteoporose und Osteomalazie | | | | <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 | | | |
| Degenerative rheumatische und muskuloskelettale Erkrankungen | | | | | | |
| Therapieoptionen bei degenerativen rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Rheumatologisch bedingte Infektionen | | | | | | |
| | Diagnostik und konservative Therapie von rheumatologischen Gelenk- und Weichteilinfektionen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Prophylaxe und Behandlung von Infektionen unter immunmodulatorischen oder immunsuppressiven Therapien | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Fibromyalgie und rheumatische Schmerz-Syndrome | | | | | | |
| | Behandlung von Fibromyalgie und Schmerz-Syndromen am Bewegungssystem | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Multimodales Therapiekonzept | | | | | | |
| | Medikamentöse Therapie zur Distanzierung von Schmerzen bei rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Einleitung, Verordnung und Steuerung physikalischer und funktioneller Behandlung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Einleitung, Verordnung und Überwachung der Hilfsmittelversorgung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Patientenberatung und -schulung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Indikationsstellung und Einleitung psychotherapeutischer Interventionen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Strukturierte Schulungsprogramme bei rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Rehabilitation | | | | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Methoden der medizinischen und beruflichen Rehabilitation einschließlich der sozialmedizinischen Besonderheiten bei rheumatischen und muskuloskelettalen Krankheiten sowie rehabilitationsspezifischer Diagnostik | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Indikationsstellung und Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation, Verordnung von Nachsorgeleistungen, Einleitung und Steuerung der stufenweisen Wiedereingliederung | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Rheumatologische Labordiagnostik | | | | | | |
| Prinzipien der laborchemischen Präanalytik, Kontrolle von Testbedingungen, Validierung von Laborbefunden und Postanalytik, Plausibilitätskontrolle und Befunderstellung | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Grundsätze des Labormanagements | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Differenzierte Indikationsstellung, Durchführung und Befunderstellung von Laboruntersuchungen zur Diagnostik und zum Monitoring von rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen, davon | | | | <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 | | | |
| | | | – Immunnephelometrie und/oder Immunturbidimetrie | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | | – Immunoassay | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | | – Dot-Blot oder Line-Immunoassay | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | | – Immunfluoreszenztest | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | | Befundinterpretation infektionsserologischer Untersuchungen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | | | Durchführung und Befundinterpretation der serologischen und/oder molekularbiologischen Untersuchung von genetischen Markern, insbesondere humane Leukozytenantigen (HLA)-Merkmale | | <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 |
|---|---------|--|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | | Mikroskopische Untersuchung von Gelenkflüssigkeit auf zelluläre und kristalline Bestandteile | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Bildgebende Verfahren | | | | | | | | | |
| | | Sonographie des Bewegungsapparates einschließlich Farbdopplersonographie | | | 200 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Duplex-Sonographie zur Akutdiagnostik der Vaskulitiden | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Indikationsstellung und Befundinterpretation weiterer bildgebender Verfahren | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Indikation, Durchführung und Befunderstellung der Osteodensitometrie mit Doppelröntgenabsorptiometrie (DEXA) | | | 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 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 | | | | |
| | | Kapillarmikroskopie | | | 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 | | | | |
| Interventionen | | | | | | | | | |
| | | Intra- und periartikuläre Punktionen, Injektionen und/oder Infiltrationen | | | 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 | | | | |
| | | Immunmodulatorische und immunsuppressive Behandlungen einschließlich Infusionsbehandlung | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Strahlenschutz | | | | | | | | | |
| Grundlagen der Strahlenbiologie und Strahlenphysik bei der Anwendung ionisierender Strahlen am Menschen | | | | | | <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 |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Grundlagen des Strahlenschutzes beim Patienten und Personal einschließlich der Personalüberwachung und des baulichen und apparativen Strahlenschutzes | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Voraussetzungen zur Erlangung der erforderlichen Fachkunden im gesetzlich geregelten Strahlenschutz [Erfolgreiche Teilnahme an allen für den Fachkunderwerb erforderlichen Kursen im Strahlenschutz (§ 47 Absatz 1 StrlSchV)] | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Weitere Inhalte, die über die Anforderungen der Weiterbildungsordnung hinausgehen | | | | | | |
| Gegebenenfalls auf gesondertem Blatt | | | | | | |