

# Logbuch der Sächsischen Landesärztekammer

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

## Gebiet Kinder- und Jugendmedizin

### Schwerpunkt Neuropädiatrie

(Neuropädiater/Neuropädiaterin)

Die Schwerpunkt-Weiterbildung Neuropädiatrie baut auf der Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin auf.

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Definition</b>         |   |
| <b>Weiterbildungszeit</b> | 24 Monate Neuropädiatrie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon<br>- können zum Kompetenzerwerb bis zu 6 Monate Weiterbildung in Neurologie und/oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen |

### 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 Neuropädiatrie

|   |                      |
|---|----------------------|
| 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 Neuropädiatrie

|  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| 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 Neuropädiatrie</b>   |  |                                 |                                     |   |                                   |  |
| <b>Übergreifende Inhalte der Schwerpunkt-Weiterbildung Neuropädiatrie</b> |  |                                 |                                     |   |                                   |  |
| Richtlinie zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls       |  |                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar   |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Diagnostik angeborener Störungen der Motorik und der Sinnesfunktionen sowie assoziierter Erkrankungen  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems, der Muskulatur und bei Entwicklungsstörungen |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |  |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |

| <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 |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
|   | Weiterführende Behandlung von<br>Schmerzerkrankungen, insbesondere<br>Kopfschmerzerkrankungen   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender<br>Patienten   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| <b>Neuropädiatrische Intensivmedizin</b>  |   |                                 |                                     |   |                                   |  |
| Stadieneinteilung und Verlauf zerebraler<br>Vigilanzstörungen und intrakranieller Drucksteigerung |   |                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar   |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Neurologische und neurophysiologische Beurteilung<br>intensivmedizinisch betreuter Kinder und Jugendlicher  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Durchführung des Verfahrens zur Feststellung des<br>endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der<br>Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des<br>Hirnstamms gemeinsam mit einem hierfür qualifizierten<br>Facharzt |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| <b>Neuropädiatrische Erkrankungen</b>   |   |                                 |                                     |   |                                   |  |

| <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 |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Neuroradiologische und neurochirurgische Interventionsverfahren |   |                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  |                                   |  |
| Kommentar   |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Weiterführende Diagnostik und Therapie angeborener Erkrankungen und Fehlbildungen des Zentralnervensystems und des peripheren Nervensystems       |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Weiterführende Diagnostik und Therapie infektiöser und autoimmunologischer Erkrankungen des Zentralnervensystems und des peripheren Nervensystems |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Weiterführende Diagnostik und Therapie neurometabolischer und degenerativer Erkrankungen  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Weiterführende Diagnostik und Therapie vaskulärer Erkrankungen des Zentralnervensystems und des peripheren Nervensystems                          |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar   |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|   | Weiterführende Diagnostik und Therapie zerebraler Krampfanfälle und Epilepsien  |                                 |                                     |   | <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 |   |                                   |  |
|  | Weiterführende Diagnostik und Therapie neuromuskulärer und muskulärer Erkrankungen  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| <b>Hypoxämie bedingte traumatische und toxische Erkrankungen</b> |   |                                 |                                     |   |                                   |  |
|  | Behandlung zerebraler Verletzungsmuster einschließlich non-akzidenteller Muster, insbesondere beim Schütteltrauma   |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|  | Weiterführende Diagnostik und Therapie hypoxämisch bedingter traumatischer und toxischer Erkrankungen des Zentralnervensystems und des peripheren Nervensystems |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| <b>Tumore des Nervensystems</b>                                  |   |                                 |                                     |   |                                   |  |
|  | Interdisziplinäre Diagnostik, Nachsorge und Rehabilitation von Tumoren des Nervensystems  |                                 |                                     |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
| <b>Entwicklungsstörungen</b>                                     |   |                                 |                                     |   |                                   |  |
|  | Weiterführende Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen  |                                 |                                     |   | <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>Neurorehabilitation</b>                     |         |  |         |         |                                     |                                |   |                                   |  |
|  |         | Einordnung, Beurteilung und Beratung von Behinderungen und ihren psychosozialen Folgen einschließlich der Definition von Rehabilitationszielen und Fördermaßnahmen                             |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                      |         |  |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
| <b>Untersuchungs- und Behandlungsverfahren</b> |         |  |         |         |                                     |                                |   |                                   |  |
|  |         | Elektroenzephalogramm einschließlich amplitudenintegriertem EEG  |         |         | 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 |                                |   |                                   |  |
|  |         | Mitwirkung bei Polygraphie und neurophysiologischen Untersuchungen, insbesondere Elektromyographie, Elektroneurographie, visuell, somatosensibel, motorisch und akustisch evozierte Potenziale |         |         |                                     |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Kommentar                                      |         |  |         |         | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |                                |   |                                   |  |
|  |         | Sonographie des zentralen und peripheren Nervensystems und der Muskulatur  |         |         | 200                                 |                                |   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                 |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr                     | 2. Jahr | 3. Jahr  | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr                             | Gesamt                         |   |                                   |  |

| <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 |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar  |   |                                 | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |   |                                   |  |
|  | Indikationsstellung und Befundinterpretation<br>radiologischer Untersuchungen, insbesondere<br>Computertomographie und<br>Magnetresonanztomographie |                                 |                                     |   | <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   |   |                                 |                                     |   |                                   |  |