

10. Haut- und Geschlechtskrankheiten

(Stand: 30.05.2016)

Ich / Wir bestätige(n), dass

Frau / Herr _____

in der Abt. (Klinik) / Praxis _____

in der Zeit von / bis _____

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

Unter Berücksichtigung gebietspezifischer Ausprägungen beinhaltet die Weiterbildung auch den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Absolviert Ja (+) / Nein (-)
ethischen, wissenschaftlichen und rechtlichen Grundlagen ärztlichen Handelns	
der ärztlichen Begutachtung	
den Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements	
der ärztlichen Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen	
psychosomatischen Grundlagen	
der interdisziplinären Zusammenarbeit	
der Ätiologie, Pathophysiologie und Pathogenese von Krankheiten	
der Aufklärung und der Befunddokumentation	
labortechnisch gestützten Nachweisverfahren mit visueller oder apparativer Auswertung (Basislabor)	
medizinischen Notfallsituationen	
den Grundlagen der Pharmakotherapie einschließlich der Wechselwirkungen der Arzneimittel und des Arzneimittelmissbrauchs	
der allgemeinen Schmerztherapie	
der interdisziplinären Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich der Differentialindikation und Interpretation radiologischer Befunde im Zusammenhang mit gebietsbezogenen Fragestellungen	
der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden	
den psychosozialen, umweltbedingten und interkulturellen Einflüssen auf die Gesundheit	
gesundheitsökonomischen Auswirkungen ärztlichen Handelns	
den Strukturen des Gesundheitswesens	
den Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der fachgebundenen genetischen Aufklärung und Beratung und der Indikationsstellung für eine weiterführende humangenetische Beratung, insbesondere nach Gendiagnostikgesetz	
dem Impfwesen	

10. Haut- und Geschlechtskrankheiten

(Stand: 30.05.2016)

Ich / Wir bestätige(n), dass

Frau / Herr _____

in der Abt. (Klinik) / Praxis _____

in der Zeit von / bis _____

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Absolviert Ja (+) / Nein (-)
den Inhalten der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO	
der Gesundheitsberatung, (Früh-)Erkennung, konservativen und operativen Behandlung und Rehabilitation der Haut, Unterhaut und deren Gefäße, der Hautanhangsgebilde und hautnahen Schleimhäute einschließlich der gebietsbezogenen immunologischen Krankheitsbilder	
der Vorbeugung, Erkennung, operativen Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Tumoren des Hautorgans und der hautnahen Schleimhäute einschließlich den Grundlagen der gebietsbezogenen Tumortherapie	
der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten	
psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen	
der Erkennung und Behandlung gebietsbezogener allergischer Erkrankungen	
der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen und Infestationen an Haut und hautnahen Schleimhäuten und Geschlechtsorganen	
der Erkennung andrologischer Störungen und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung	
der Erkennung und Behandlung der gebietsbezogenen epifaszialen Gefäßerkrankungen einschließlich der chronisch venösen Insuffizienz, des <u>Ulcus cruris</u> und der peripheren lymphatischen Abflussstörungen	
der Erkennung proktologischer Erkrankungen und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung	
der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie einschließlich topischer und systemischer Pharmaka und der Galenik von Dermatika	
der Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation berufsbedingter Dermatosen	

Anlage zum Zeugnis gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 1.11.2005 (WBO)
entsprechend den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten, Schwerpunkten und Bereichen
gemäß § 4 Abs. 4 und § 12 WBO

Auf Abschnitt B WBO wird ausdrücklich hingewiesen

10. Haut- und Geschlechtskrankheiten

(Stand: 30.05.2016)

Ich / Wir bestätige(n), dass

Frau / Herr _____

in der Abt. (Klinik) / Praxis _____

in der Zeit von / bis _____

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Absolviert Ja (+) / Nein (-)
den Grundlagen der Gewerbe- und Umweltdermatologie einschließlich der gebietsbezogenen Toxikologie	
der Wundversorgung, Wundbehandlung und Verbandslehre	
der Notfallbehandlung des anaphylaktischen Schocks	
der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen und Einordnung der Ergebnisse in das jeweilige Krankheitsbild	
der Indikationsstellung und Überwachung physikalischer, balneologischer und klimatologischer Therapiemaßnahmen	
der dermatologischen nicht ionisierenden Strahlenbehandlung und Lasertherapie	
der Indikationsstellung zu und Befundbewertung von gebietsbezogenen histologischen Untersuchungen	
ernährungsbedingten Hautmanifestationen einschließlich diätetischer Behandlung	
den Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung	

Stempel und Unterschrift der/s
zur Weiterbildung ermächtigten Ärztin / Arztes

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

10. Haut- und Geschlechtskrankheiten

(Stand: 30.05.2016)

Ich / Wir bestätige(n), dass

Frau / Herr _____

in der Abt. (Klinik) / Praxis _____

in der Zeit von / bis _____

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Anzahl (soll)	Anzahl (absolviert)
dermatologische Früherkennungsuntersuchungen	100	
operative Eingriffe, davon		
- Exzisionen von benignen und malignen Tumoren	100	
- lokale und regionale Lappenplastiken, auch unter Verwendung artefizieller Hautdehnungsverfahren	Basiskonntnisse	
- freie Hauttransplantationen durch autologe und andere Transplantate	25	
- phlebologische operative Eingriffe, z. B. epifasziale Venenexhairese, Ulcusdeckung, Unterbindung insuffizienter Venae perforantes, Crossektomie, superfizielle Thrombektomie	50	
- ästhetisch operative Dermatologie wie Narbenkorrekturen, Konturverbesserungen, Dermabrasionen, physikochemische Dermablationen	50	
- proktologische Eingriffe wie Haemorrhoidalsklerosierung, Mariskenexzision, Fissurektomie, Entfernung analer Condylomata acuminata	50	
- Eingriffe mit kryotherapeutischen Verfahren	50	
- Eingriffe mit lasertherapeutischen Verfahren, z. B. ablativ, korrektiv, selektiv-photothermolytisch	50	

10. Haut- und Geschlechtskrankheiten

(Stand: 30.05.2016)

Ich / Wir bestätige(n), dass

Frau / Herr _____

in der Abt. (Klinik) / Praxis _____

in der Zeit von / bis _____

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Anzahl (soll)	Anzahl (absolviert)
Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade	25	
Sklerosierungstherapie oberflächlich gelegener Venen	25	
Sonographie der Haut und hautnahen Lymphknoten einschließlich Doppler-/Duplexsonographie peripherer Gefäße	200	
phlebologische Funktionsuntersuchungen wie Verschlussplethysmographie, Lichtreflexrheographie	100	
Unspezifische und allergenvermittelte Provokations- und Karenztests einschl epikutaner, kutaner und intrakutaner Tests sowie Erstellung eines Therapieplans (Krankheitsfälle)	200	
Hyposensibilisierung (Krankheitsfälle)	25	
Photochemotherapie, Balneophototherapie und photodynamische Therapie	50	
Lokal-, Tumeszenz- und Regionalanästhesien	150	
Gestaltung von dermatologischen Rehabilitationsplänen	10	
Punktions- und Katheterisierungstechniken	Basiskonntnisse	
mykologische und venerologische Untersuchungen einschl. kultureller Verfahren und Erregerbestimmung	Basiskonntnisse	
Trichogramm	Basiskonntnisse	

· ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

Operationsverzeichnis
(vom Antragsteller **selbständig** durchgeführte Operationen)

Ich/Wir bestätigen, dass

Frau/Herr _____

die in nachstehendem Operationsverzeichnis aufgeführten Operationen

in der Zeit vom _____ bis _____

an der Abt. (Klinik) _____

selbständig durchgeführt hat.

(Wir bitten um Spezifizierung des Operationsverzeichnisses nach Eingriffsart mit Angabe der anatomischen Region unter Beachtung der Gliederung im Operationsverzeichnis in der „Richtlinie über den Inhalt der Weiterbildung“)

(Stempel und Unterschrift der/s zur Weiterbildung
ermächtigten Ärztin/Arztes)

(Unterschrift des Antragstellers)

Operationsverzeichnis

(Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade)

Ich/Wir bestätigen, dass

Frau/Herr _____

die in nachstehendem Operationsverzeichnis aufgeführten Operationen

in der Zeit vom _____ bis _____

an der Abt. (Klinik) _____

assistiert hat.

(Wir bitten um Spezifizierung des Operationsverzeichnisses nach Eingriffsart mit Angabe der anatomischen Region unter Beachtung der Gliederung im Operationsverzeichnis in der „Richtlinie über den Inhalt der Weiterbildung“)

(Stempel und Unterschrift der/s zur Weiterbildung
ermächtigten Ärztin/Arztes)

(Unterschrift des Antragstellers)