

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 C WBO wird ausdrücklich hingewiesen

## Zusatz-Weiterbildung Proktologie

Ich / Wir bestätige(n), dass

Frau / Herr \_\_\_\_\_

in der Abt. (Klinik) / Praxis \_\_\_\_\_

in der Zeit von / bis \_\_\_\_\_

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

<b>Weiterbildungsinhalte</b> Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	<b>Absolviert</b> Ja (+) / Nein (-)
den Inhalten der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO	
den konservativen und operativen Behandlungsmethoden der Proktologie, einschließlich	
- der konservativen Fissurbehandlung und der Mitwirkung bei operativer Fissurbehandlung	
- Exzision von kleineren peri- und intraanalen Geschwülsten wie Thrombosen, Marisken und hypertrophen Analpapillen	
- Behandlung von Hämorrhoidalleiden, z. B. Verödung, Gummibandligaturen	
- Aufsuchen und Sondierung von Analfisteln und Krypten einschließlich Fadendrainagen	
- Mitwirkung bei der operativen Therapie eines Sinus pilonidalis, der Acne inversa und eines Analabszesses	
der digitalen Austastung und Befundung	
der Differentialdiagnostik des Analekzems einschließlich Diagnostik und Therapie der anorektalen Geschlechtskrankheiten und analer Dermatosen	
der Versorgung und Beratung von Stomaträgern	
der Nachsorge bei malignen Tumoren	
der Spekulumuntersuchung des Analkanals	
Proktoskopien	
Rektoskopien	
funktions- und morphologische Diagnostik der analen Schließmuskulatur, z. B. Manometrie, Endosonographie	
der Lokal- oder Regionalanästhesie	

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 C WBO wird ausdrücklich hingewiesen

## Zusatz-Weiterbildung Proktologie

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)
konservative und operative Fissurbehandlungen	25	
Exzision von kleineren peri- und intraanal Geschwülsten, z. B. Thrombosen, Marisken, hypertrophen Analpapillen	25	
Behandlung von Hämorrhoidalleiden, z. B. Verödung, Gummibandligaturen	100	
Aufsuchen und Sondierung von Analfisteln und Krypten einschließlich Fadendrainagen	25	
Mitwirkung bei der operativen Therapie eines Sinus pilonidalis, der Acne inversa und des Analabszesses	25	
Diagnostik und Therapie der anorektalen Geschlechtskrankheiten und analer Dermatosen	50	
Versorgung und Beratung von Stomaträgern	10	
Nachsorge bei malignen Tumoren	25	
Spekulumuntersuchung des Analkanals	25	
Proktoskopien	100	
Rektoskopien	50	
funktions- und morphologische Diagnostik der analen Schließmuskulatur, z. B. Manometrie, Endosonographie	25	
Lokal- oder Regionalanästhesie	25	

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)