



Deutsche Akademie
für Kinder- und
Jugendmedizin e.V.

Dachverband der kinder- und
jugendmedizinischen Gesellschaften

Logbuch der DAKJ zur Dokumentation der

Weiterbildung im Gebiet

Kinder- und Jugendmedizin

beta - Version *

unter Berücksichtigung der Weiterbildungsordnung der

Landesärztekammer vom

* beta-Version = Version für den Probelauf



Musterlogbuch

der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Präambel

Die Ziele des Logbuches der DAKJ sind es, die Weiterbildungsinhalte in strukturierter und besser verständlicher Form für die Assistenten in Weiterbildung darzustellen. Die vorliegende Version basiert auf einer Umfrage der DAKJ zur Situation der Weiterbildung und der Auswertung von mehr als 100 zugesandten Logbüchern, bzw. Curricula von pädiatrischen Weiterbildungsstätten. Alle Vorgaben der Weiterbildungsordnung (WBO) der Landesärztekammern sind berücksichtigt, allerdings wird teilweise vom Wortlaut der sogenannten Spiegelstriche in der WBO abgewichen. Formal ersetzt das Musterlogbuch der DAKJ nicht die "Logbücher" der LÄK, die rechtlich vorgegeben sind.

Im Musterlogbuch der DAKJ werden die allgemeinen Kompetenzen von organischen Erkrankungen abgegrenzt und Aspekte der Allgemeinpädiatrie für den ambulanten Bereich sowie die spezifischen Aspekte der Jugendmedizin deutlicher thematisiert.

Die Darstellung der Weiterbildungsinhalte orientiert sich primär an der Perspektive der Weiterbildungsassistenten. Die Konkretisierung soll den Assistenten eine Orientierung in der Weiterbildung geben und eine Selbstreflexion über Erlerntes und erworbene Kompetenzen geben, bzw. aufzeigen, welche wichtigen Krankheitsbilder, Methoden oder Befähigungen nicht abgedeckt sind. Dabei wird eine Erfüllung aller Punkte im Sinne einer Vollständigkeit nicht voraus zu setzen sein, da keine Klinik das ganze Spektrum abdecken wird.

Eine Gruppierung in „fundierte Kenntnisse“, „Tätigkeiten unter Anleitung“ und „eigenständige Fertigkeiten“ soll die jeweils erreichte Kompetenzebene aufzeigen.

Farbig markiert sind die Punkte, die für den Facharzt Kinder- und Jugendmedizin als notwendig angesehen werden. **Nicht farbig markierte Kästchen** definieren Inhalte, die erst für Schwerpunkte oder Zusatzweiterbildungen gefordert werden. Damit soll differenziert werden in Inhalte, die für die Allgemeinpädiatrie notwendig sind und Inhalte, die erst auf der Ebene der Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen gefordert werden.

Zusammenfassend deckt das vorliegende Musterlogbuch der DAKJ das gesamte Gebiet der Pädiatrie ab. Der Weiterbildungsassistent wird am Ende seiner Weiterbildung nicht alle hier aufgeführte Erkrankungen selbst diagnostiziert bzw. behandelt haben. Demzufolge soll das Logbuch für den Weiterbildungsassistenten auch eine Orientierung für das eigenverantwortliche Selbststudium sein ohne dass eine wissenschaftlich fundierte Weiterbildung undenkbar ist. Das Musterlogbuch liegt derzeit in einer Prüfversion vor, deren Tauglichkeit sich im Gebrauch zeigen muss. Nach 2 Jahren wird eine Re-Evaluation durch die DAKJ vorgenommen.

Berlin 2012; Kommission für Weiterbildungs- und Strukturfragen der DAKJ e.V.

Harald Bode, Wolfram Hartmann, Lutz Hempel, Peter Hoyer (Sprecher), Bernhard Lettgen, Hans-Jürgen Nentwich, Burkhard Rodeck, Elke Jäger Roman, Gisbert Voigt

Genehmigt auf der Mitgliederversammlung der DAKJ e.V., Berlin am 17.11.2012

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	
Geburtsdatum	in	
Privatanschrift		
PLZ	Ort	Straße
1		
2		
3		
4		
Datum der Ärztlichen Prüfung		
Datum der Approbation		
Datum der Promotion		
Weiterbildungseinrichtungen		
seit	Klinik / Einrichtung	WB Leiter
Unterbrechung der Weiterbildung		
von	bis	Grund der Unterbrechung

Name: _____

Zeitraum: Beginn: __ | __ | ____ Ende: __ | __ | ____

DOKUMENTATION DER JÄHRLICHEN GESPRÄCHE GEMÄß § 8 WBO

Zeitraum der Weiterbildung Gesprächsinhalte	
Datum des Gesprächs	
Unterschrift des WB-Befugten	Unterschrift der/s Assistenzärztin / -arztes

Zeitraum der Weiterbildung Gesprächsinhalte	
Datum des Gesprächs	
Unterschrift des WB-Befugten	Unterschrift der/s Assistenzärztin / -arztes

Zeitraum der Weiterbildung Gesprächsinhalte	
Datum des Gesprächs	
Unterschrift des WB-Befugten	Unterschrift der/s Assistenzärztin / -arztes

Name: _____

Zeitraum: Beginn: __ | __ | ____ Ende: __ | __ | ____

DOKUMENTATION DER JÄHRLICHEN GESPRÄCHE GEMÄß § 8 WBO

Zeitraum der Weiterbildung Gesprächsinhalte	
Datum des Gesprächs	
Unterschrift des WB-Befugten	Unterschrift der/s Assistenzärztin / -arztes

Zeitraum der Weiterbildung Gesprächsinhalte	
Datum des Gesprächs	
Unterschrift des WB-Befugten	Unterschrift der/s Assistenzärztin / -arztes

Zeitraum der Weiterbildung Gesprächsinhalte	
Datum des Gesprächs	
Unterschrift des WB-Befugten	Unterschrift der/s Assistenzärztin / -arztes

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Allgemeine klinische Fertigkeiten

	Weiterbildungsinhalte*	Fertigkeiten vorhanden	Unterschrift des Verantwortlichen, Datum
1	Körperliche Untersuchung von Neugeborenen und Säuglingen <i>Verantwortlich:</i>	<input type="checkbox"/>	
2	Körperliche Untersuchung von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen <i>Verantwortlich:</i>	<input type="checkbox"/>	
3	Neurologische Untersuchungstechniken <i>Verantwortlich:</i>	<input type="checkbox"/>	
4	Indikation und Beurteilung von Labordiagnostik <i>Verantwortlich:</i>	<input type="checkbox"/>	
5	Indikation und Beurteilung bildgebender Diagnostik (z.B. Sonographie, Röntgen) <i>Verantwortlich:</i>	<input type="checkbox"/>	
6	Basic/ Advanced Life Support 1. Weiterbildungsjahr 2. Weiterbildungsjahr 3. Weiterbildungsjahr 4. Weiterbildungsjahr 5. Weiterbildungsjahr <i>Verantwortlich:</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

*Zum Anfang der Weiterbildung sollte der Verantwortliche für die Weiterbildungsinhalte genannt werden. Die Punkte 1-5 sollten möglichst in den ersten 6 Monaten absolviert werden.

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Allgemeinpädiatrie mit Entwicklungs- und Sozialpädiatrie

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Anamneseerhebung und Gesprächsführung, Aufklärung, Einwilligung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Entwicklungsdiagnostik (normale und gestörte Entwicklung), Anwendung und Beurteilung von Testverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Arzneimitteltherapie in der Pädiatrie einschließlich Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Notfallmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Beurteilung von Wachstum und körperlicher Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Genetische Methoden und deren Anwendung in der Pädiatrie (gemäß Gendiagnostikgesetz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Prävention (Gesundheitserziehung, Sucht, Gewalt, Sexualität, ,) und Früherkennung (Früherkennungsuntersuchungen, Seh-, Hörprüfungen, etc.) Impfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Interdisziplinäre Zusammenarbeit einschließlich Fallkonferenzen (z.B. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Kindergarten, Schule, Jugendamt) Kontextfaktoren und Behandlung im sozialen Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Erkennen und Therapieeinleitung im Fall von sexuellem Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Palliativmedizin in der Pädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Sozial – und umweltbedingte Gesundheitsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Behandlungs- und Förderplan bei Entwicklungsstörungen und Behinderungen, Rehabilitation und Nachsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Jugendmedizin

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Spezifische jugendmedizinische Anamneseerhebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Normaler Ablauf und Varianten der pubertären Entwicklung beider Geschlechter (biologisch / mental / psychosozial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Spezifische Erkrankungen des Jugendalters (z.B. Wachstum, Skelett, Muskulatur, Nervensystem, Haut, Geschlechtsorgane, Stoffwechsel und endokrine Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Besonderheiten in Betreuung und Begleitung von chronischen, behindernden und prognostisch schlechten Erkrankungen im Jugendalter sowie der Schwierigkeiten in der Therapieführung (Akzeptanz / Compliance/ jugendaltersspezifische Veränderungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Beurteilung von Experimentier- und Risikoverhalten: z.B. Medien, Tabak und Alkohol, illegale Drogen (Substanzmittelmissbrauch), Sexualverhalten, Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Prävention incl. Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Jugendliche (J1, J2) / Mädchengesundheit / Jungengesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Altersgerechter Umgang mit Jugendlichen (z.B. Techniken der Gesprächsführung, Beachtung des Rechts auf Mitentscheidung von jugendlichen Patienten bezüglich ihrer eigenen Behandlung und Gesundheit, Verständnis für die besonderen Bedürfnisse von Jugendlichen, Schweigepflicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Kenntnis der Notfallkontrazeption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Psychische Störungen und Verhaltensstörungen

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Ätiologie, Pathogenese und Symptomatologie von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Anamnese und Untersuchung mittels Verhaltensbeobachtung und Fragebögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Grundlagen der Behandlung: Psycho-, Sozio-, heilpädagogische und medikamentöse Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Störungen des Sozialverhaltens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Emotionale Störungen und Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	ADHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Erkrankungen des Respirationstraktes und Allergien

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese, allergischer Erkrankungen (z.B. Pollinosis, Nahrungsmittelallergien, Urtikaria, Insektengiftallergien, Medikamentenallergien) Fehlbildungen des Respirationstraktes Asthma bronchiale, Mukoviszidose Bronchitiden, Pneumonie, Pleuraerkrankungen	<input type="checkbox"/>			
2	Spezifische allergologische und pneumologische Anamneseerhebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Allergische Diagnostik (Gesamt IgE, Allergenspezifisches IgE, IgG, IgA, IgM, epikutane, intrakutane Teste, Provokationsteste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Diagnostik Asthma bronchiale, Mukoviszidose Bronchitiden, Pneumonie, Pleuraerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Indikation und Durchführung von Lungenfunktionstesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Beurteilung von Lungenfunktionstesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Bronchoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Erstellung von Therapieplänen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Notfallversorgung bei Typ-1-Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Erkrankungen der endokrinen Organe / Diabetologie

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese der Erkrankungen Hypophyse, der Schilddrüse und Nebenschilddrüse, der Nebennieren und der Gonaden	<input type="checkbox"/>			
2	Beurteilung des normalen Wachstums, des Gewichts und der Knochenreifeentwicklung, der Pubertätsentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Endokrinologische Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Methodik, Indikationsstellung, Beurteilung hormoneller Bestimmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	Diagnostik und Therapie der Wachstumsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Diagnostik und Therapie der Pubertätsentwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Behandlung der Manifestation des Diabetes mellitus Standardbehandlung des Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Therapie der (angeborenen) Hypothyreose, AGS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Erkrankungen des Verdauungstraktes

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese der Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes und der Leber	<input type="checkbox"/>			
2	Grundsätze der Ernährung des Kindes- und Jugendalters einschließlich der Erstellung von Ernährungsplänen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Gastroenterologische Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Gastroenterologische Untersuchungsverfahren, z. B. gastroösophageale Refluxdiagnostik, Bildgebung, Atemteste, Labordiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Gastroenterologische Endoskopie, Biopsietechniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Diagnostik und Therapie von Malabsorptionssyndromen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Diagnostik und Therapie von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Diagnostik und Therapie von akuten und chronischen Lebererkrankungen, Cholestase, Leberfibrose und Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Diagnostik und Therapie von Pankreaserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Grundkenntnisse der Organersatztherapie (parenterale Ernährung, Dünndarm-, Lebertransplantation) Indikationsstellung zur Verlegung	<input type="checkbox"/>			

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Hämatologische und onkologische Erkrankungen

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese hämatologischer, onkologischer und hämostasiologischer Krankheitsbilder	<input type="checkbox"/>			
2	Anamneseerhebung bei hämatoonkologischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Diagnostik und Therapie angeborener und erworbener Anämien und Thrombozytopathien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Diagnostik und Therapie von Leukämien und Lymphomerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Diagnostik und Therapie von soliden Tumoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Allgemeine und spezielle hämatoonkologische Labordiagnostik, Tumormarker, Zytogenetik, Genetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Beurteilung des Blutausstriches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Knochenmarkpunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Grundzüge der Beurteilung des Knochenmarkausstriches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Diagnostik der Nebenwirkungen und Komplikationen der Chemotherapie sowie deren Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Besondere Gesprächsführung bei malignen Erkrankungen mit Kinder und Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Beginn: __ | __ | ____ Ende: __ | __ | ____

Infektionserkrankungen / Immundefekte

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese von Infektionserkrankungen und Immundefekten des Kindes- und Jugendalters	<input type="checkbox"/>			
2	Spezifische Anamneseerhebung bei Infektionserkrankungen und Immundefekten (Ansteckungsmodus, Inkubationszeit, Prodromi etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Klinische Diagnostik von Infektionserkrankungen und Immundefekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Laborgestützte allgemeine und spezifische Diagnostik Parameter der Inflammation und erregerspezifische Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Diagnostik und Therapie von Infektionen von Organsystemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Anitvirale, antibakterielle und antimykotische Therapie (Wirkungsweise, Indikation, Pharmakologie, Interaktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Therapie bei Immundefekten und unter Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Allgemeine Hygienemaßnahmen, Isolation, Meldepflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Spezifische Hygienemaßnahmen bei resistenten Erregern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Intensivmedizin

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese von Notfallerkkrankungen	<input type="checkbox"/>			
2	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese des Herz-Kreislaufversagens	<input type="checkbox"/>			
3	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese des respiratorischen Versagens	<input type="checkbox"/>			
4	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese des Multiorganversagens	<input type="checkbox"/>			
5	Anamnese und klinische Untersuchung kritisch kranker Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Laborgestützte Methoden der Notfalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Behandlung des Schockzustandes Behandlung des respiratorischen Versagens Allgemeine Reanimation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Endotracheale Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Anlage von zentralvenösen Kathetern Anlage von Pleuradrainagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Grundsätze der interdisziplinären Zusammenarbeit auf Intensivstationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Erkrankungen des Herzkreislaufsystems

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese von angeborenen und erworbenen strukturellen und funktionellen Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>			
2	Anamneseerhebung bei kardiologischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Klinische Diagnostik von kardiologischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Basis EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Echo-Kardiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Herzkathetertechniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Kardio-MRT (Indikation, Beurteilung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	Kardiologische Therapien: Antikongestiv, inotrop, antiarrhythmisch, beta-Blockade, Nachlastsenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Standardherzoperationen bei angeborenen Herzfehlern und postoperative Anatomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Notfallversorgung von angeborenen Herzerkrankungen Notfallversorgung bei akuter Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese von angeborenen und erworbenen strukturellen und funktionellen Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege, der Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes der Störungen des Säure-Basenhaushaltes	<input type="checkbox"/>			
2	Anamneseerhebung bei nephro-urologischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Klinische Diagnostik von nepho-urologischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Urinstatus, Sediment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Nephrologische, klinisch chemische, immunologische Labordiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Methoden der Nierenfunktionsuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Bildgebende und Funktionelle Diagnostik - Sonographische Diagnostik - Radiologische Diagnostik - Nuklearmedizinische Diagnostik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Urodynamische Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Nephrologische medikamentöse Therapien: Antimikrobiell, Diuretika, Antihypertensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Diagnostik und Therapie akuter Störungen des Wasser-, Elektrolyt- und Säure-Basenhaushaltes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Diagnostik und Therapie von HWIs Diagnostik und Therapie von unkompliziertem NS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Grundkenntnisse: akutes, chronisches Nierenversagen, Dialyseverfahren, Nierentransplantation Indikationsstellung zur Verlegung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Neonatologie

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese von angeborenen Fehlbildungen	<input type="checkbox"/>			
2	Schwangerschafts-/Geburtsanamnese Gestose, Indikationen und Folgen von kindlich oder mütterlich indizierten vorzeitigen Entbindungen Beurteilung der Reife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese von Anpassungsstörungen und wichtigen erworbenen Erkrankungen des Neugeborenen	<input type="checkbox"/>			
4	Angeborene und neonatal erworbene kinder-/chirurgischer Krankheitsbilder (Zwerchfellhernie, Ösophagusatresie, Darmstenosen, NEC etc)	<input type="checkbox"/>			
5	Primärversorgung und Reanimation von Früh- und Neugeborenen einschließlich der Basisbeatmungstechniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Nahrungsaufbau und Erstellung von Diätplanen, parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Besonderheiten der Labordiagnostik im Neugeborenenalter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Diagnostik und Therapie der Hyperbilirubinämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Klinisch neurologische Beurteilung und Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Gesprächsführung, Beratung von Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese neuropädiatrischer Krankheitsbilder	<input type="checkbox"/>			
2	Basismanagement von Krampfanfällen im Kindesalter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Neurodegenerative Krankheitsbilder	<input type="checkbox"/>			
5	Neuropädiatrische Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Klinisch neurologische Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Beurteilung der Liquorbefunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Neurophysiologische diagnostische Verfahren (EEG, evozierte Potentiale, Nervenleitgeschwindigkeit, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Bildgebende Verfahren – Sonographie, CT, MRT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Labordiagnostische Methoden, Indikationsstellung und Bewertung für die Diagnosestellung (Standardlabor, Liquor, Neurometabolic, Genetik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Diagnostik und Therapie neuropädiatrischer Notfälle (z.B. Krampfanfälle, Hirndruck, Meningitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Rheumatische Erkrankungen

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese rheumatologischer Krankheitsbilder	<input type="checkbox"/>			
2	Anamneseerhebung bei rheumatologischer Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Klinische Diagnostik von rheumatologischen Erkrankungen einschließlich der Beurteilung des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Rheumatologisch klinisch chemische, immunologische Labordiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Gelenkpunktionen und Beurteilung des Punktatbefundes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Rheumatologische medikamentöse Therapien: Antiphlogistika, Immunsuppressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Grundzüge der Physiotherapie und assoziierte Therapieverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Stoffwechselerkrankungen

■ = fundierte Kenntnisse ■ = praktische Erfahrungen unter Anleitung ■ = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte	■	■	■	vermittelt durch, Datum
1	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese von Zielerkrankungen des Neugeborenen Screenings	<input type="checkbox"/>			
2	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese von häufigen Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>			
3	Anamnese bei (vermuteten) Stoffwechselerkrankungen Beurteilung der klinischen Präsentation von Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Klinische Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Methoden der Laborgestützten Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Genetik von Stoffwechselerkrankungen Einleitung der Diagnostik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Allgemeine Klinik und Diagnostik bei Mitochondriopathien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Allgemeine Klinik und Diagnostik bei Speicherkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Allgemeine Klinik und Diagnostik bei beta- Oxidationstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Allgemeine Klinik und Diagnostik bei Kohlehydraterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Allgemeine Klinik und Diagnostik bei Aminosäurerkrankungen und Hyperamonämien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Indikationsstellung zur Verlegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	




Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten




Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Kinderchirurgie

 = fundierte Kenntnisse  = praktische Erfahrungen unter Anleitung  = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Unfallprävention im Kindes- und Jugendalter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Kleine Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Operationsindikationen in der Kinderchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Vorbeugung, Erkennung, operative und konservative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Fehlbildungen, Erkrankungen, Verletzungen und Verbrennungen sowie deren Folgen im Kindesalter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

beta - Version

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Erkrankungen der Haut

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte				vermittelt durch, Datum
1	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese der Erkrankungen der Haut im Kindes- und Jugendalter	<input type="checkbox"/>			
2	Kenntnisse der normalen Struktur und Funktion der Haut, Haare und Nägel	<input type="checkbox"/>			
3	Anamnese und Untersuchung der Haut mit Beschreibung der Effloreszenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Entnahme von Untersuchungsmaterial (aus einer Blase, Hautschuppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Grundsätze der Lokalbehandlung mit Externa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut (durch Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Diagnostik und Therapie von häufigen Hautproblemen (Hämangiome, Windeldermatitis, atopische Dermatitis, Impetigo, Akne, Naevi, Urticaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Diagnostik von Haut- und Schleimhautmanifestationen systemischer Erkrankungen (genetische Krankheiten, Infektionen, Kollagenosen, Neoplasien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Orthopädische Erkrankungen

= fundierte Kenntnisse

	Weiterbildungsinhalte	Kenntnisse vorhanden	vermittelt durch, Datum
1	Orthopädische Erkrankungen des Neugeborenen und Säuglings (Klumpfuß, Hüftdysplasie / -luxation u.a.)	<input type="checkbox"/>	
2	Aseptische Knochennekrosen (Osteochondrosis dissecans Ellbogen / Knie; Perthes, Osgood-Schlatter, Köhler I / II, Apophysitis calcanei u.a.)	<input type="checkbox"/>	
3	Häufige orthopädische Krankheitsbilder des Kindes- und Jugendalters (Chondropathia patellae, Scheuermann, Epiphysiolysis capitis femoris, Skoliose, Fußfehlstellungen u.a.)	<input type="checkbox"/>	
4	Das kinderorthopädische Konsil: Wann sollte ein pädiatrischer Patient dem Orthopäden vorgestellt werden?	<input type="checkbox"/>	
5	Grundlagen und Prinzipien der operativen und konservativen orthopädischen Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	

Die Vermittlung der Weiterbildungsinhalte sollte interdisziplinär durch einen Oberarzt oder einen erfahrenen Facharzt für Orthopädie erfolgen

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift
des WB-Befugten

Name: _____

Zeitraum: Beginn: ___ | ___ | _____ Ende: ___ | ___ | _____

Gynäkologische Erkrankungen

= fundierte Kenntnisse = praktische Erfahrungen unter Anleitung = selbständige Fertigkeiten

(Kästchen ohne Farbe) = Kompetenz erst bei spezieller Schwerpunkt-/Zusatz-Weiterbildung erforderlich

	Weiterbildungsinhalte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	vermittelt durch, Datum
1	Ätiologie, Pathophysiologie, Pathogenese von angeborenen und erworbenen gynäkologischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	<input checked="" type="checkbox"/>			
2	Klinische Untersuchung des weiblichen Genitale und der Brust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Vaginoskopie und Abstrichtechnik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Diagnostik und Therapie der Erkrankungen im Neugeborenenalter und in der hormonellen Ruheperiode wie z.B. intersexuelles Genitale, Klitorishypertrophie, Hymen imperforatus, Labiänsynechie, praemature Thelarche, Vulvitis, Lichen sclerosus, vaginaler Fremdkörper (in Kooperation mit Endokrinologie und Kindergynäkologie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Diagnostik und Therapie der normalen und gestörten Pubertätsentwicklung, der sexuell übertragbaren Infektionen und der Zyklusstörungen (Dys- und Amenorrhoe) (siehe Endokrinologie und Jugendmedizin)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die Vermittlung der Weiterbildungsinhalte sollte interdisziplinär durch einen Oberarzt und einen erfahrenen Facharzt der für Gynäkologie erfolgen

Der/die Weiterbildungskandidat/in erwarb ausreichende Kenntnisse bzw. Fertigkeiten unter meiner Leitung in o.g. Bereichen

Datum und Unterschrift des WB-Befugten

**Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Assistenzärzte in Weiterbildung zum Facharzt
für Kinder- und Jugendmedizin**

Repetitorium der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

teilgenommen am

teilgenommen am

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

teilgenommen am

teilgenommen am

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

teilgenommen am

teilgenommen am

Curriculum Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis

teilgenommen am

Intensivkurs der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie

teilgenommen am

teilgenommen am

Assistentenkongress des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

teilgenommen am

teilgenommen am

Fortbildung Kindesmisshandlung

Name der Veranstaltung

teilgenommen am

Fortbildung Jugendmedizin

Name der Veranstaltung

teilgenommen am

Fortbildung psychosomatische Grundversorgung

Name der Veranstaltung

teilgenommen am