

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

23. Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin

Definition	<p>Die Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erstdiagnostik und Initialtherapie von Notfall- und Akutpatienten im Krankenhaus sowie die Indikationsstellung und Koordination der weiterführenden fachspezifischen Behandlung in interdisziplinärer Zusammenarbeit.</p> <p>Die Zusatz-Weiterbildung vermittelt zusätzliche gebietserweiternde Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten.</p>
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none"> - Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich - 6 Monate Intensivmedizin, die auch während der Facharztweiterbildung abgeleistet werden können und zusätzlich - 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung und zusätzlich - 24 Monate Klinische Akut- und Notfallmedizin in einer interdisziplinären Notfallaufnahme unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten

Übergangsbestimmung:

§ 22 Abs. 5 gilt mit der Maßgabe, dass die sechs Monate Intensivmedizin sowie die Kurs-Weiterbildung zusätzlich nachzuweisen sind.

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Weiterbildungsinhalte der Zusatz-Weiterbildung

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin								
Rechtliche Grundlagen der notfallmedizinischen Behandlung								<input type="checkbox"/>
Aspekte der Organisation, Ausstattung und Personalplanung von Zentralen Notfallaufnahmen								<input type="checkbox"/>
Ersteinschätzungssysteme, Triagierung und Scores								<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit internen und externen Partnern, z. B. Rettungsdienst, KV-Dienst, anderen Fachabteilungen und Fachkliniken								<input type="checkbox"/>
Sektorenübergreifende Behandlung								<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Verletzungsartenverfahren								<input type="checkbox"/>
Massenanfall von Notfallpatienten, Pandemieplanung, Grundlagen der Katastrophenmedizin								<input type="checkbox"/>
	Management infektiöser und isolationspflichtiger Notfallpatienten							<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstver- antwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Erkennung und Erstbehandlung bei psychosozialen Problemen, Missbrauch und Körperverletzung							<input type="checkbox"/>
Organbezogene und spezifische Notfallsituationen								
Differentialdiagnostik und Therapieoptionen organbezogener Notfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- kardiovaskuläre Notfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- hämatologische und onkologische Notfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- immunologische Notfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- Infektionskrankheiten und Sepsis				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- endokrine und metabolische Notfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- Flüssigkeits- und Elektrolytstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- gastrointestinale und hepatologische Notfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- respiratorische Notfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
- nephrologische und urologische Notfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- dermatologische Notfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- Notfälle im Hals-, Nasen- Ohren-, Mund- und Nackenbereich				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- gynäkologische Notfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- muskuloskelettale Notfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- neurologische Notfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- neurochirurgische Notfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- ophthalmologische Notfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- psychiatrische Notfälle und Verhaltensstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- Trauma (stumpf/penetrierend)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- akute Notfälle durch Umwelteinflüsse, thermische, hyper- und hypobare Exposition und elektrischen Strom				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Symptomorientierte Erstdiagnostik und Initialtherapie

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	Erstdiagnostik, Initialtherapie und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung bei					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Dyspnoe					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Herzrasen, Palpitationen und Brustschmerzen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- nicht-traumatologischen Blutungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Trauma mit und ohne vitaler Bedrohung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Schock					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Dysurie, Oligo-Anurie, Polyurie, Hämaturie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- akuten Störungen des Bewusstseins und Bewusstseinsverlust, Synkopen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Störungen des Gedächtnisses, der Kognition und des Verhaltens					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- akuten Gefühlsstörungen, Lähmungen, Gang- und Bewegungsstörungen und Sprach- und Sprechstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- akuten Bauch- und Leistenschmerzen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Schmerzen und akuten Veränderungen der unteren und oberen Extremitäten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	- Kopfschmerzen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Schwindel					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- epileptischen Anfällen und Status epilepticus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- akuten Nacken- und Rückenschmerzen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- akuten Hautveränderungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Ikterus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Veränderungen der Körpertemperatur							
Alters- und geschlechtsbezogene Notfälle								
Besonderheiten der Diagnostik und Therapie im Kindes- und Jugendalter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Reanimation von Kindern und Jugendlichen, auch als Reanimationstraining					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erstdiagnostik, Initialtherapie und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung bei Notfällen im Kindes- und Jugendalter, insbesondere Schmerzen, Verbrennungen, Verbrühungen, Intoxikationen, Fieber/Sepsis, schreiendes Baby					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Besonderheiten der Diagnostik und Therapie in der Schwangerschaft und gynäkologischen Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Pharmakotherapie in der Schwangerschaft				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erstdiagnostik, Initialtherapie und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung bei gynäkologischen und geburtshilflichen Notfällen, insbesondere Extrauterin gravidität, Eklampsie, Verletzungen, Blutungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten von Symptomen und Erkrankungen bei geriatrischen Patienten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erstdiagnostik, Initialtherapie und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung bei geriatrischen Patienten, insbesondere bei Delir, Demenz, Medikamenteninteraktionen und Überdosierung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notfallmedizinische Kernverfahren								
	Notfallmäßige Sicherung der Atemwege einschließlich endotrachealer Intubation sowie Algorithmus bei schwieriger Intubation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	Atmungs- und Beatmungsmanagement					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pleurapunktion und Thoraxdrainage					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kardiopulmonale Reanimationen bei Erwachsenen und Kindern einschließlich Postreanimationstherapie sowie Temperaturmanagement					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herz-Kreislauf-Unterstützung und Durchführung von kardialen Maßnahmen einschließlich Anlage von Gefäßzugängen, Schrittmachertherapie, Perikardpunktion					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sedierung und Analgesie einschließlich Lokal-, Oberflächen- und Regionalanästhesie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Akutschmerztherapie bei akuten Schmerzen, akuter Exazerbation chronischer Schmerzen und Tumorschmerzen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Traumaversorgung, insbesondere Frakturruhigstellung, Wundversorgung, Verbands- und Gipstechniken					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Polytraumamanagement					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Akutversorgung des Schlaganfalls					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Befunderstellung von Notfalldiagnostik, insbesondere					<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	- EKG					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Notfallsonographie von Abdomen, Thorax, Herz, Gefäßen und Bewegungsapparat					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Labordiagnostik im Notfall					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Röntgen- und CT-Untersuchungen im Notfall					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maßnahmen bei akuten Intoxikationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maßnahmen bei Ertrinkungsunfall					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maßnahmen im HNO-Bereich, z. B. Rhinoskopie, Nasentamponade, Otoskopie, Trachealkanülenwechsel					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maßnahmen am Gastrointestinaltrakt, z. B. Legen von Magensonden, Magenspülung, Aszitespunktion					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maßnahmen am Urogenitaltrakt, z. B. Anlage transurethraler und suprapubischer Blasenkatheter					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maßnahmen im Bereich des Muskel- und Skelettsystems					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	Maßnahmen bei neurologischen Symptomen/Diagnosen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maßnahmen am Auge, , Augenspülung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maßnahmen im Bereich Geburtshilfe und Gynäkologie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erstversorgung von Neugeborenen, z. B. Wärmeerhalt, Reanimation auch als Simulationstraining					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Koordination und Begleitung des Transports von Schwerstkranken					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strahlenschutz								
	Grundlagen der Strahlenbiologie und Strahlenphysik bei der Anwendung ionisierender Strahlen am Menschen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Grundlagen des Strahlenschutzes beim Patienten und Personal einschließlich der Personalüberwachung und des baulichen und apparativen Strahlenschutzes			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Voraussetzungen zur Erlangung der erforderlichen Fachkunden im gesetzlich geregelten Strahlenschutz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten