

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

10. Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

(Hautarzt/Hautärztin)

Gebietsdefinition	Das Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, die Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen einschließlich der durch Immunreaktionen, Allergene und Pseudoallergene ausgelösten Krankheiten der Haut, der Unterhaut einschließlich Faszien, der hautnahen Schleimhäute und der Hautanhangsgebilde sowie von Geschlechtskrankheiten.
Weiterbildungszeit	60 Monate Haut- und Geschlechtskrankheiten unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon - können zum strukturierten Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

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
A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B								
B. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Haut- und Geschlechtskrankheiten								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Haut- und Geschlechtskrankheiten								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Interpretation gebietsbezogener histologischer und molekularbiologischer Untersuchungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenz von Erkrankungen an der Haut, der Unterhaut einschließlich Faszien, der hautnahen Schleimhäute und der Hautanhangsgebilde sowie der Geschlechtskrankheiten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Berufsgenossenschaftliche Heilverfahren, Hautarztverfahren einschließlich Hautkrebsverfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Einleitung flankierender Maßnahmen bei psychogenen Symptomen, somato- psychischen und psychosomatischen Reaktionen und psychosozialen Aspekten im Zusammenhang mit Erkrankungen des Hautorgans und der Geschlechtsorgane					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
	Teilnahme an dermatopathologischen Demonstrationen und Konferenzen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fachgebundene genetische Beratung								
	Grundlagen hereditärer und multifaktorieller Krankheitsbilder und Entwicklungsstörungen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Interpretation und Aussagekraft genetischer Untersuchungsergebnisse (Sensitivität, Spezifität, prädiktiver Wert)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Methodische, psychosoziale und ethische Aspekte der genetischen Beratung und Diagnostik einschließlich pharmakogenetischer Tests			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erkennung fachbezogener genetisch bedingter Krankheitsbilder oder Entwicklungsstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fachgebundene genetische Beratung bei diagnostischer und prädiktiver genetischer Untersuchung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Notfälle								
	Dermatologische Notfälle			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
	Behandlung akuter dermatologischer Notfälle einschließlich anaphylaktischer Schock, Paravasat, Lyell-Syndrom/Toxische epidermale Nekrolyse (TEN)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venerologische Notfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Behandlung und Sofortdiagnostik venerologischer Notfälle einschließlich mikroskopischer und on-site-Testverfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Infektionen								
Infektionen und infektionsassoziierte Erkrankungen an Haut und hautnahen Schleimhäuten durch Bakterien einschließlich Mykobakterien, Viren, Mykosen, Parasitosen sowie sexuell übertragbare Infektionen (STI)-Manifestationen einschließlich HIV-Erkrankung und systemische Infektionen mit Beteiligung des Hautorgans				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Tropendermatosen bei allen Hauttypen sowie in Tropen und Subtropen erworbene Hautinfektionen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
Direkte und indirekte Immunfluoreszenz und molekulare diagnostische Verfahren für virale, bakterielle und mykologische Erreger				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Prophylaxe von Infektionen des Hautorgans bzw. von sexuell übertragbaren Infektionen (STI)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mykologische Diagnostik, Abnahme und Nativdiagnostik, Kultur mit Diagnostik, molekulare Diagnostik der Pilze	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulinhauttest					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fluoreszenzmikroskopie für bakteriologische, mykologische und virale Untersuchungen sowie Dunkelfeldmikroskopie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Punktion, Spaltung und Ausräumung von Abszessen, Fisteln und Phlegmonen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entnahme von Proben zur Erregerdiagnostik mittels verschiedener Techniken					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In-vitro-Präparation von bakteriellen und parasitären Erregern, z. B. Grampräparat, Methyleneblaufärbung, on-site-Tests					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Laboruntersuchungen, z. B. Treponema-Pallidum-Hämagglutinations-Assay (TPHA), Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Therapie bei HPV-Infektionen und anderen viralen Papillomen, z. B. Immuntherapie, Lasertherapie, Elektrokauterisation, Kryotherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Entzündungen								
Entzündungen und Autoimmun- sowie autoinflammatorische Erkrankungen der Haut und an der Haut, der Hautanhangsgebilde und Unterhaut/Faszienregion sowie Grundlagen der Krankheitskomplexe, z. B. Psoriasis-, Ekzem-, Atopie-Komplex				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erstellung, Durchführung und Interpretation krankheitsbewertender Scores					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation der Antikörperdiagnostik bei Kollagenosen einschließlich Durchführung von Schnelltests					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
Immunabsorptionsverfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Melanozytentransplantation				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
6. Gefäßerkrankungen								
Primäre und sekundäre entzündliche und nicht-entzündliche Vaskulopathien, Fehlbildungen, primäre und sekundäre Lymphgefäßerkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Proktoskopien einschließlich Sklerosierung von Hämorrhoiden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transplantation im Rahmen von Wundbehandlungen, z. B. epidermale und follikuläre Keratinozyten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Biochirurgie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Gerinnungsdiagnostik, z. B. bei APC-Resistenz, Protein S- oder C-Mangel					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung von Funktionstests und klinischen Thrombostests					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Konservative einschließlich physikalischer Therapien von Gefäßerkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
	Spezifische lokale und systemische Wundbehandlung einschließlich operativer Wundversorgung sowie Vakuumpumpenanwendung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Doppler-/Duplexsonographie peripherer Gefäße	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Phlebologische/vaskuläre Funktionsuntersuchungen, davon	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Venenverschlussplethysmographie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Lichtreflexionsrheographie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- digitale Photoplethysmographie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Laserfluxmessungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Infrarotmessungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur Lymphdrainage					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung der apparativen intermittierenden Kompression					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medikamentöse, kryo-therapeutische und operative Behandlung von Hämangiomen einschließlich Laserverfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
	Phlebodynamometrie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Phlebologische Eingriffe am Unterschenkel, z. B. epifasziale Venen-Exhairese, Unterbindung insuffizienter Venae perforantes, Crossektomie, superfizielle Thrombektomie	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Systemerkrankungen								
Manifestationen und Komplikationen systemischer Erkrankungen an Haut und Unterhaut, hautnahen Schleimhäuten sowie Hautadnexen, insbesondere bei Kollagenosen, genetischen und erworbenen bullösen Autoimmunerkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Hautveränderungen systemischer Erkrankungen sowie funktionelle, dermatopathologische und immunpathologische Diagnostik, Prophylaxe und Therapie am Hautorgan					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dermato-Pharmakologie								
Neues Rezeptur-Formularium (NRF) und Magistralrezeptur				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
Haut-Wirkstoff-Beziehungen, Konstruktion von Vehikeln, Salben, Cremes, Lotionen sowie Resorption, Bioverfügbarkeit, Adsorption, Penetration und Toxizität				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Anwendung von rehydrierenden, relipidisierenden Basisexterna, Glukokortikosteroiden, Biologika, Zytokinen, Chemotherapeutika, Immunsuppressiva, niedermolekularen Verbindungen (Smallmolecules) und systemischer Immunmodulation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten der kutanen Pharmakologie im Neugeborenen- und Kindesalter sowie im Senium				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
9. Allergien und Umwelt								
Grundlagen der Typ I - IV-Reaktionen, Intoleranz und Pseudoallergien, Placeboreaktionen, Photobiologie sowie gebietsbezogene Toxikologie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Erkrankungen durch physikalische/chemische Einflüsse				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen durch Hitze und Kälte, z. B. Verbrühungen und Verbrennungen sowie Mitbehandlung von Folgen höherer Verbrennungsgrade (Grad III)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik, Prophylaxe und Therapie allergischer und umweltbedingter Erkrankungen mit Bezug zur Haut und den angrenzenden Schleimhäuten, z. B. Rhinokonjunktivitis allergica, Asthma, Ekzeme, Urticaria, Angioödem, akute und chronische Lichtschäden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung von Hauttestungen, insbesondere Reibetest, Scratchtest, Prick- und Intrakutantest, Greaves-Test Autologe Serumtest sowie Epikutantest	250				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung unspezifischer und allergenvermittelter Provokations- und Karenztests sowie Erstellung des Therapieplans	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
	Indikationsstellung und Befundinterpretation laborgestützter allergologischer Diagnostik, z. B. Carrier-Polymer System (CAP), Elisa, Radio-Allergo-Sorbent-Test (RAST), Basophilen-Degranulations-Test oder zellulärer Antigen-Stimulationstest (CAST)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation berufsbedingter Dermatosen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hyposensibilisierung und spezifische Immuntherapien	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Photomedizinische Diagnostik- und Therapiemaßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überwachung physikalischer, balneologischer, klimatologischer Therapiemaßnahmen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen an der Haut und den Hautanhangsgebilden durch Hyper- oder Hypoalimention einschließlich Mineral- und Vitaminmangelerscheinungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Behandlung ernährungsbedingter Hautmanifestationen sowie diätetische Behandlung alimentärer Mangelerscheinungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
	Behandlung von Komplikationen des Diabetes mellitus an der Haut und Unterhaut					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Therapeutische Methoden								
	Topische und systemische Therapie des Hautorgans und angrenzender Schleimhäute					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lasertherapie, z. B. selektive Photothermolyse, Koagulation, Vaporisation, Ablation sowie Detätowierung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Physiko-chemische Therapie, nicht ionisierende Strahlenbehandlung sowie Photochemotherapie und extrakorporale Photochemoimmuntherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasserstrahlskalpell				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Chemisches Peeling					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plasmatherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11. Hautadnexerkrankungen								
	Primäre und sekundäre entzündliche wie nicht-entzündliche Erkrankungen der Talgdrüsen, Haare, Nägel, apokrinen und ekkrinen Drüsen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
	Hautadnexbezogene konservative und operative sowie physiko-chemische Diagnostik und Therapie einschließlich elektrokaustischer und Laserverfahren, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Laserresurfacing					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Microneedling					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Trichogramm sowie digitales Phototrichogramm	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schweiß-Sekretionsmessung einschließlich Gravimetrie, Botulinumtoxin A-Behandlung und axillärer Kürettage	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tumorerkrankungen								
Tumorgenese-mechanismen und Grundlagen der gebietsbezogenen Tumorthherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Benigne Neoplasien der Haut und Hautanhangsgebilde, der epifaszialen Gefäße, der Subcutis und des Hautimmunorgans				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
Maligne Neoplasien und Präkanzerosen der Haut, Übergangsschleimhäute und Hautanhangsgebilde der epifaszialen Gefäße, der Hautnerven, des Bindegewebes, der Unterhaut, der Faszie und des Hautimmunorgans, der kutanen Lymphome sowie der systemischen Absiedlungen in die Haut				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Nävi und Hamartome in Assoziation mit Syndromen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Mitwirkung bei der systemischen Tumorthherapie sowie der supportiven Therapie bei soliden Tumorerkrankungen der Facharztkompetenz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Operative Behandlung von Tumoren der Haut, Hautanhangsgebilde und der hautnahen Schleimhäute sowie von Metastasen viszeraler Herkunft					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Konservative Therapie kutaner Lymphome					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intervention auf akute und verzögert verlaufende autoinflammatorische und autoimmune Reaktionen bei Immuntherapien					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
	Nachsorge und Rehabilitation von Tumoren der Haut, Hautanhangsgebilde und der hautnahen Schleimhäute sowie kutaner Lymphome					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Früherkennungsuntersuchungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exzision von benignen und malignen Tumoren einschließlich Fadenmarkierung	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exzision von Nävuszellnävi und Hamartomen	150				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lokale und regionale Lappenplastiken, auch unter Verwendung artifizieller Hautdehnungsverfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schweregrade					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Freie, allogene und Xenotransplantate mit autologen und in vivo gezüchteten Materialien	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Elektrokaustische Therapie einschließlich Elektrochemotherapie, Radiofrequenztherapie	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anästhesieverfahren, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Lokalanästhesien					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Tumesenzlokanästhesie	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
	- Regionalanästhesie	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kryotherapeutische Verfahren	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation berufsbedingter Hauttumore					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Tumorkonferenzen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Funktionsdiagnostik und bildgebende Verfahren								
	Bildgebende und digitale Analyseverfahren			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Telemedizinische Methoden			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Interpretation der Dermatoskopie und transkutaner Bildgebungsverfahren	500				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chromametrie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Lasermikroskopie am Nagelbett					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Photobiologische Testungen mit UV-Strahlung und sichtbarer Strahlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
	Physikalische Testmethoden für Wärme und Kälte, Druck- und Scherkräfte	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen histopathologischer Färbetechniken und Immunhistochemie sowie der Molekularpathologie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Sonographie (A- und B- Modus) der Haut und Unterhaut, der hautnahen Lymphknoten bei Metastasen und Tumoren einschließlich Tumordickenmessung	250				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Biopsietechniken, z. B. Feinnadelbiopsie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Funktionelle Untersuchungen an der Haut, z. B. Corneo-/ pH-metrie, Sebometrie, Cyanoacrylattechnik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tangentiale Exzisionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Splittechnik/Saugblasentechnik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entnahme von Geweben zwecks humangenetischer, elektronenmikroskopischer und spektroskopischer Untersuchung	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dermato-Endokrinologie und sexualmedizinische Aspekte								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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
Endokrine Störungen der Haut und Hautanhangsgebilde sowie systemische Endokrinopathien mit Manifestation an der Haut und den Hautadnexen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Störung der Sexualität, Störung der Geschlechtsidentität und Störung infolge sexueller Traumatisierungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Sexualanamnese				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und konservative Therapie dermato-endokrinologischer Erkrankungen einschließlich metabolischem Syndrom, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spermiogrammanalyse				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei endokrinen Störungen sowie Fertilitätsstörungen und drohender Beeinträchtigung der Fertilität, z. B. vor onkologischer Therapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten