

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### 13.5 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

(Hämatologe und Onkologe/Hämatologin und Onkologin)

<b>Gebietsdefinition</b>	<p>Das Gebiet Innere Medizin umfasst die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen einschließlich geriatrischer Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen.</p>
<b>Weiterbildungszeit</b>	<p><b>72 Monate</b> im Gebiet Innere Medizin unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• müssen 36 Monate in Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie abgeleistet werden, davon             <ul style="list-style-type: none"> <li>• müssen 24 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden</li> </ul> </li> <li>• müssen 24 Monate in mindestens zwei anderen Facharztkompetenzen des Gebiets abgeleistet werden</li> <li>• müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden</li> <li>• müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden</li> </ul>

#### Übergangsbestimmung:

Kammermitglieder, die entweder über das Recht zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie oder der Facharztbezeichnung für Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie verfügen, sind berechtigt, stattdessen die Facharztbezeichnung für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie zu führen.

\_\_\_\_\_  
**Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten**

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
<b>A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B</b>								
<b>B. Gemeinsame Inhalte der Facharzt-Weiterbildungen im Gebiet Innere Medizin</b>								
<b>1. Übergreifende Inhalte im Gebiet Innere Medizin</b>								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Beratung bezüglich gesundheitsfördernder Lebensführung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schulung bei ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Begutachtung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Begutachtung der Pflegebedürftigkeit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung und Führung Suchtkranker sowie Suchtprävention					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der medikamentösen Tumorthherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
**Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten**

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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
	Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten einschließlich Organspende					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Fachgebundene genetische Beratung</b>								
	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"/>
<b>3. Notfall- und intensivmedizinische Maßnahmen im Gebiet Innere Medizin</b>								

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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
	Stufendiagnostik und Therapie bei akut einsetzenden Leitsymptomen, z. B. Dyspnoe, Thoraxschmerz, Bauchschmerz, passagere und persistierende Bewusstseinsstörungen, Fieber, Erbrechen, Durchfall					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie akuter und vital bedrohlicher Erkrankungen und Zustände, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- respiratorische Insuffizienz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Schock					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- kardiale Insuffizienz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- akutes Nierenversagen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- sonstiges Ein- und Mehrorganversagen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Koma und Delir					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Sepsis					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Intoxikationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kardiopulmonale Reanimation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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
	Intensivmedizinische Behandlung von Patienten mit Funktionsstörungen von mindestens zwei vitalen Organsystemen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Analgosedierung von intensivmedizinischen Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atemunterstützende Maßnahmen bei intubierten und nicht-intubierten Patienten einschließlich Beatmungsentwöhnung bei langzeitbeatmeten Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Differenzierte Beatmungstechniken				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Therapie von Stoffwechsellentgleisungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Notfallsonographie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Notfallbronchoskopie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Passagere Schrittmacheranlage					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Punktions- und Katheterisierungstechniken, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- zentralvenöse Zugänge					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- arterielle Gefäßzugänge					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endotracheale Intubation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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
<b>4. Infektionen im Gebiet Innere Medizin</b>								
Meldepflichten gemäß Infektionsschutzgesetz				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Vorsorge und Behandlung häufiger Infektionskrankheiten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Management bei therapieresistenten Erregern					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Funktionelle Störungen im Gebiet Innere Medizin</b>								
	Basisbehandlung psychosomatischer Krankheitsbilder					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krisenintervention unter Berücksichtigung psychosozialer Zusammenhänge				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>6. Diagnostische Verfahren im Gebiet Innere Medizin</b>								
	Durchführung von ultraschallgestützten Punktionen bei Pleuraerguss und Aszites					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B-Modus-Sonographie der Schilddrüse					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Elektrokardiogramm					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Langzeit-Elektrokardiogramm					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergometrie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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
	Langzeitblutdruckmessung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex- Sonographie der Arterien und Venen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B-Modus-Sonographie der peripheren Arterien und Venen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B-Modus-Sonographie des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich der Nieren und ableitender Harnwege	400				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spirometrische Untersuchung der Lungenfunktion					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Röntgen-Thorax- Untersuchungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Differentialdiagnosen atopischer Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>7. Therapeutische Verfahren im Gebiet Innere Medizin</b>								
	Durchführung von Entlastungspunktionen und Drainagen bei Pleuraerguss und Aszites					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
**Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten**

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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
	Enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik mit Berechnung des Energie- und Nährstoffbedarfs sowie Erstellen eines Ernährungsplans					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infusionstherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Transfusions- und Blutersatztherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Angiologische Basisbehandlung</b>								
	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen von Arterien, Venen, Kapillaren und Lymphgefäßen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen von Arterien, Venen, Kapillaren und Lymphgefäßen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Endokrinologische und diabetologische Basisbehandlung</b>								
	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation endokriner Erkrankungen einschließlich assoziierter Stoffwechselstörungen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten



# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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
	Internistische Basisbehandlung von endokrinen Erkrankungen einschließlich assoziierter Stoffwechselstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung des Diabetes mellitus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Gastroenterologische Basisbehandlung</b>								
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Krankheiten der Verdauungsorgane sowie der exokrinen Verdauungsdrüsen und ihrer Ableitungswege				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Internistische Basisbehandlung von Krankheiten der Verdauungsorgane sowie der exokrinen Verdauungsdrüsen und ihrer Ableitungswege					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Geriatrische Basisbehandlung</b>								
Spezielle geriatrische Behandlungsmöglichkeiten mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters einschließlich interdisziplinärer Aspekte bei Multimorbidität					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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
<b>12. Kardiologische Basisbehandlung</b>								
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. Nephrologische Basisbehandlung</b>								
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der akuten und chronischen Nierenkrankheiten sowie deren extrarenaler Komplikationen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Internistische Basisbehandlung von akuten und chronischen Nierenkrankheiten sowie deren extrarenale Komplikationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. Pneumologische Basisbehandlung</b>								

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinums, der Pleura, der Atempumpe einschließlich schlafbezogener Atmungsstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinums, der Pleura, der Atempumpe einschließlich schlafbezogener Atmungsstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen allergologischer Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>15. Rheumatologische Basisbehandlung</b>								
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen sowie entzündlicher Erkrankungen des Bewegungsapparates				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
 Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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
	Internistische Basisbehandlung von entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen sowie entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</b>								
<b>1. Hämatologie und Onkologie</b>								
Prävention, Differentialdiagnose, Therapieoptionen und Nachsorge der Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des lymphatischen Systems einschließlich der hämatologischen Neoplasien, der unterschiedlichen soliden Tumoren, humoraler und zellulärer Immundefekte, sowie der systemischen medikamentösen, insbesondere der chemotherapeutischen Behandlung maligner Erkrankungen, auch unter Berücksichtigung des höheren Lebensalters				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Epidemiologie, Screening, Prävention und Prognosebeurteilung maligner Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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
Stadieneinteilung, Management, Therapiestrategien und Prognoseabschätzung hämatologischer Systemerkrankungen sowie solider Tumorerkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>2. Diagnostische Verfahren in der Hämatologie und Onkologie</b>								
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Sonographien und Röntgendiagnostik sowie von weiteren bildgebenden Verfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung bildgebungsgestützter und interventioneller Verfahren der lokalen Tumortherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ultraschallgestützte Punktionen an Lymphknoten und Weichteiltumoren sowie an der Leber					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Punktionen des Liquorraumes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B-Modus-Sonographie der Subcutis und peripheren Lymphknotenregionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B-Modus-Sonographie der Gesichts- und Halsweichteile					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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
	B-Modus-Sonographie von Ergüssen in serösen Körperhöhlen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Befunderstellung spezieller Laboruntersuchungen einschließlich Funktionsprüfungen, immunologischer und molekularer Diagnostik des peripheren Blutes, des Knochenmarks, anderer Körperflüssigkeiten sowie zytologischer Feinnadelaspirate, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- peripherer Blutausstrich	500				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Knochenmarkausstrich	500				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- zytochemische Färbungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- zytologische Präparate anderer Körperflüssigkeiten oder Feinnadelaspirate					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Knochenmarkaspiration und Knochenstanzbiopsie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation immunologischer und molekularer Zelldiagnostik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Therapeutische Verfahren in der Hämatologie und Onkologie</b>								

\_\_\_\_\_ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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
Grundlagen der Hochdosistherapie und spezieller zellulärer Therapieverfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Therapie nicht-maligner hämatologischer Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung, Überwachung und Nachsorge von systemischer Tumortherapie bei soliden Tumorerkrankungen und hämatologischen Neoplasien unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes und der Komorbiditäten des Patienten, von Wirksamkeit und Sicherheit der Arzneimittel sowie von Nutzen und Zusatznutzen, davon in Behandlungsfällen bei					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- hämatologischen Neoplasien	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- soliden Tumorerkrankungen	400				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Spätfolgen nach medikamentöser Tumortherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
**Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten**

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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 zu chirurgischen, strahlentherapeutischen, interventionellen und nuklearmedizinischen Behandlungsverfahren sowie deren prognostische Beurteilung im multidisziplinären Team					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Falldarstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Patienten mit febriler Neutropenie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung des onkologischen Patienten im höheren Lebensalter					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spezielle palliativmedizinische Betreuung bei Patienten mit Systemerkrankungen und malignen Tumoren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung von hämatologischen und onkologischen Notfällen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Gerinnungsstörungen</b>								
	Diagnostik, Beratung und Therapie von					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- angeborenen und erworbenen hämorrhagischen Diathesen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten



# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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
	- angeborenen und erworbenen Hyperkoagulopathien					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Globaltests der Blutgerinnung und zur Kontrolle des Fibrinolyse-Systems sowie Einzelfaktorbestimmungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Supportivtherapie</b>								
	Supportivtherapie bei Tumorerkrankungen einschließlich antiemetischer Therapie, Ernährung und Diätetik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einleitung und Überwachung von Rehabilitationsmaßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infektionsprophylaxe und Behandlung von Infektionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Situationsgerechte Kommunikation mit Patienten und Angehörigen einschließlich psychosozialer Aspekte bei lebensbedrohlichen oder fortgeschrittenen onkologischen und hämatologischen Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten