

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

14.1 Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

(Kinder- und Jugendarzt/Kinder- und Jugendärztin)

Gebietsdefinition	Das Gebiet Kinder- und Jugendmedizin umfasst die Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes, Jugendlichen und Heranwachsenden in seinem sozialen Umfeld von der pränatalen Periode bis zur Transition in eine Weiterbetreuung.
Weiterbildungszeit	60 Monate Kinder- und Jugendmedizin unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon <ul style="list-style-type: none"> müssen 6 Monate in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgeleistet werden können zum strukturierten Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 10 in Psychosomatischer Grundversorgung

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B								
B. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin								
1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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
	Erkennung und Einleitung von Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung, insbesondere bei Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interdisziplinäre Zusammenarbeit einschließlich Fallkonferenzen, auch mit Kindergemeinschaftseinrichtungen, Beratungsstellen und Behörden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie bei Schlafstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erkennung von akut abklärungsbedürftigen Symptomkomplexen (red flags)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normale und pathologische Entwicklung von der Geburt bis zum Abschluss der somatischen, psychischen, mentalen und sozialen Reife				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Transition im Kontext der zugrunde liegenden Erkrankung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur Verlegung in eine fachlich spezialisierte Einrichtung einschließlich der vorgeburtlichen Verlegung bei schweren Erkrankungsverläufen, z. B. Organversagen, onkologische Erkrankung, extreme Unreife, schwere Fehlbildung, schwerer Immundefekt					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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
	Pharmakotherapie in den verschiedenen Altersabschnitten einschließlich der Indikationsstellung zur zulassungsüberschreitenden Anwendung (Off-label use)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Analgosedierung bei diagnostischen und therapeutischen Eingriffen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alters-, geschlechts- und kulturspezifische Aspekte in Symptomatologie und Therapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Gesunde Ernährung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Prävention, Diagnostik und Therapie von Ernährungsstörungen, insbesondere der Adipositas					<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"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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
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. Entwicklungs- und Sozialpädiatrie								
	Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge von Entwicklungsstörungen und Behinderungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Klinische Beurteilung von Wachstum, körperlicher, psychomotorischer und psychosozialer Entwicklung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entwicklungsdiagnostik einschließlich Anwendung und Beurteilung von Testverfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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
4. Psychische und psychosomatische Störungen und Verhaltensstörungen								
	Basisbehandlung psychischer, somatoformer und psychosomatischer Anpassungs-, Regulations- und Verhaltensstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Notfälle und Intensivmedizin								
Notfall- und intensivmedizinisch relevante Symptome, Krankheitsbilder und Differentialdiagnosen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Intensivmedizinische Basisbehandlung einschließlich endotrachealer Intubation sowie Punktionen von Körperhöhlen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Vergiftungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Legen zentralvenöser Zugänge					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Neonatologische Erkrankungen								
Erkrankungen und Komplikationen der Neonatalperiode				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Primärversorgung und Reanimation von Früh- und Neugeborenen einschließlich der Basisbeatmungstechniken					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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
	Beurteilung der Reife von Früh- und Neugeborenen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie wesentlicher neonatologischer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung sowie der Einleitung von rehabilitativen Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neurologische Beurteilung und Diagnostik bei Früh- und Neugeborenen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ernährungsplanung bei Früh- und Neugeborenen einschließlich parenteraler Ernährung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Besondere Aspekte der Jugendmedizin								
Jugendspezifische Morbidität und Risikoverhalten sowie weiterführende Therapieoptionen im Erwachsenenalter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erkennung und Einschätzung von Experimentierverhalten in Abgrenzung zu Risikoverhalten und Suizidalität einschließlich der Beratung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spezifische jugendmedizinische Diagnostik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prävention einschließlich Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Jugendliche					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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
Notfallkontrazeption				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Sexuell übertragbare Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Therapie und Beratung Jugendlicher und Heranwachsender unter Berücksichtigung des Rechts auf Entscheidung/Mitentscheidung und der Schweigepflicht					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normaler Ablauf und Varianten der pubertären Entwicklung der Geschlechter (biologisch/mental/psychosozial)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Bestimmung der Pubertätsstadien					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Therapie und Begleitung von Jugendlichen mit chronischer, behindernder und prognostisch ungünstiger Erkrankung unter Berücksichtigung von Akzeptanz, Compliance und jugendaltersspezifischem Verhalten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Erkrankung des Respirationstraktes								
Erkrankungen der Atemwege und der Lunge				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie häufiger pneumologischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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
	Mitbehandlung komplexer pneumologischer Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Befunderstellung von Lungenfunktionstests einschließlich Spirometrie und Fluss-Volumenkurve	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anleitung von Inhalationstechniken und Demonstration atemerleichternder Übungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Allergien								
Grundlagen allergologischer Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Differentialdiagnostik atopischer Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Befunderstellung von Prick-Tests					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation laborgestützter Diagnostik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung der spezifischen Immuntherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Therapie der Anaphylaxie gemäß Schweregrad einschließlich des anaphylaktischen Schocks					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Infektionskrankheiten								
Infektiöse Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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
	Diagnostik und Therapie von Infektionserkrankungen und Infektionen von Organsystemen einschließlich der Sepsis					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Management bei therapieresistenten Erregern					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Präventivmaßnahmen bei Infektionserkrankungen unter Berücksichtigung von Ansteckungsmodus, Inkubationszeit und Prodromi einschließlich der Isolationspflichtigkeit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldepflichten gemäß Infektionsschutzgesetz				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11. Erkrankungen der endokrinen Organe/Diabetologie								
Endokrine Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Basisbehandlung endokriner Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung des Diabetes mellitus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und konservative Therapie des Maleszensus Testis					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung seltener oder komplexer endokrinologischer Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metabolisches Syndrom				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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
12. Erkrankungen des Verdauungstraktes								
Krankheiten der Verdauungsorgane				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Basistherapie von Patienten mit Erkrankungen der Verdauungsorgane, auch bei funktionellen Störungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung komplexer gastroenterologischer Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ernährungsberatung und Diätetik bei Erkrankungen des Verdauungstraktes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hämatologische und onkologische Erkrankungen								
Hämatologische, onkologische und hämostaseologische Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Behandlung häufiger hämatologischer und hämostaseologischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung onkologischer, komplexer hämatologischer, und hämostaseologischer Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Management bei dauerhaften zentralvenösen Zugängen, z. B. Port, Hickman, Broviac					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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
14. Primäre und sekundäre Immundefekte und Dysregulationen								
Angeborene und erworbene Störungen des Immunsystems				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung bei Immundefekten und Dysregulationen sowie unter Immunsuppression einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems								
Angeborene oder erworbene Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erkennung abklärungsbedürftiger kardialer Symptome					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung kardiologischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege								
Akute und chronische Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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
	Behandlung häufiger nephro-urologischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und konservative Therapie von Miktionsstörungen und Inkontinenz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung komplexer Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung akuter Störungen des Wasser-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushaltes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung des Bluthochdrucks					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems und des neuromuskulären Systems								
Neuropädiatrische Erkrankungen								
	Diagnostik und Therapie häufiger neuropädiatrischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung komplexer neuropädiatrischer Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie bei Gelegenheitsanfällen und des Krampfanfalls bei Fieber					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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
	Diagnostik und Therapie des Kopfschmerzes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Rheumatische Erkrankungen								
Entzündlich-rheumatische Systemerkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Überwachung von Physiotherapie, Ergotherapie einschließlich der Hilfsmittelversorgung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Basisbehandlung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen und Systemerkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung komplexer rheumatischer Erkrankungen und Systemerkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Stoffwechselerkrankungen								
Angeborene Stoffwechselerkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Zielerkrankungen des Neugeborenen Screenings				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Einleitung einer Notfalltherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung angeborener Stoffwechselerkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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
20. Chirurgisch zu behandelnde Krankheitsbilder								
Chirurgische Krankheitsbilder, Fehlbildungen, Verletzungen und Verbrennungen einschließlich operativer und konservativer Therapieverfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik von chirurgischen Krankheitsbildern, Einleitung der weiterführenden operativen Therapie sowie Weiterbehandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Erkrankungen der Haut								
Hauterkrankungen und Hautmanifestationen von Systemerkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie häufiger Hauterkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung komplexer Hauterkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Erkrankungen des Bewegungsapparates								
Erkrankungen und Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparates				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und konservative Therapie von Erkrankungen und Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparates					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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
23. Prävention								
	Organisation und Durchführung von primären bis tertiären Präventionsmaßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spezifische Impfberatung auf Grundlage der STIKO-Empfehlungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Früherkennungsuntersuchungen in den verschiedenen Altersstufen, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- im Säuglingsalter (U2-U6)	30				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- im Kindesalter (U7-U9)	30				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- im Schul- sowie Jugendalter (z. B. J1)	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stoffwechselscreening bei Neugeborenen einschließlich Tracking					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neugeborenenhörscreening einschließlich Tracking					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prävention von System- und Organerkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung bezüglich toxikologischer und umweltmedizinischer Faktoren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung zur Unfallprävention					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Diagnostische Verfahren								
	Sonographie einschließlich Dopplertechnik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

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
	- des Abdomens und des Retroperitoneums (ohne Nieren und ableitende Harnwege)	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- der Nieren und ableitenden Harnwege	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- des Gehirns	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- der Säuglingshüfte	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Sonstige Organe (insbesondere Schilddrüse, Lymphknoten, Gelenke, Pleura)	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation bildgebender und funktioneller Verfahren sowie weiterer technischer Untersuchungsverfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Standardisierte Untersuchungen der Sprache und des Sprechens					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Richtungsweisende Untersuchungen des Seh- und Hörvermögens mit standardisierten Methoden, z. B. Tonschwellenaudiometrie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Langzeit-Blutdruckmessung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Elektrokardiogramm					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektroenzephalogramm				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten