

Logbuch

Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

14.2.2 Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie

(Kinder- und Jugend-Kardiologe/Kinder- und Jugend-Kardiologin)

Die Schwerpunkt-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Kardiologie baut auf der Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin auf.	
Weiterbildungszeit	24 Monate Kinder- und Jugend-Kardiologie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten

Übergangsbestimmung:

Kammermitglieder, die über die Anerkennung der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Kardiologie verfügen, sind berechtigt, stattdessen die Bezeichnung Kinder- und Jugend-Kardiologie zu führen.

Weiterbildungsinhalte der Schwerpunkt-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
A. Spezifische Inhalte der Schwerpunkt-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Kardiologie								
1. Übergreifende Inhalte der Schwerpunkt-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Kardiologie								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie

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
	Beratung bei prä- und postoperativen Zuständen und ihre medikamentösen, operativen und katheterinterventionellen korrektiven bzw. palliativen Behandlungsmöglichkeiten einschließlich Herz- und Herz-Lungen-Transplantation unter Berücksichtigung ihrer kurz-, mittel- und langfristigen Auswirkungen, Risiken und Limitationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intrauterine Therapieoptionen und Prognose von fetalen kardiovaskulären Fehlbildungen und Arrhythmien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Primäre und sekundäre Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen einschließlich von Herzrhythmusstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie angeborener kardiovaskulärer Fehlbildungen und Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prävention, Diagnostik und Therapie erworbener kardiovaskulärer Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prävention, Diagnostik und weiterführende Therapie der arteriellen Hypertonie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie der pulmonalarteriellen Hypertonie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie

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 und Testung kardio-pulmonaler und vaskulärer Funktionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und weiterführende Therapie der Herzinsuffizienz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Differentialtherapie zur Antikoagulation bei kardiovaskulären Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung zu Kontrazeption sowie Schwangerschaftsrisiken und -verlauf bei angeborenen und erworbenen Herzerkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diagnostische Verfahren								
	Ergometrie und Spiroergometrie	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Auswertung und Interpretation 12-Kanal-EKG	250				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitwirkung bei fetaler Echokardiographie	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Röntgen-Thoraxuntersuchungen mit kardiovaskulärer Pathologie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation kardiovaskulärer Magnetresonanztomographie und Computertomographie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Befunderstellung von					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie

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
	<ul style="list-style-type: none"> transthorakalen Echokardiographien einschließlich dopplersonographischer Untersuchungen von thorakalen und herznahen Gefäßen 	500				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> transösophagealen Echokardiographien 	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stress-Echokardiographie und Echo-Kontrastuntersuchung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interdisziplinäre Indikation zu nuklearmedizinischen Untersuchungen sowie Beurteilung ihrer diagnostischen Wertigkeit und Limitationen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikation, Durchführung und Befunderstellung von Rechts- und Linksherzkatheteruntersuchungen, auch mit Angiokardiographien	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitwirkung bei Katheterinterventionen des Herzens	30				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Herzrhythmusstörungen								
Schrittmacherfunktionen und -typen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur Schrittmacher-Therapie, Schrittmacher-Abfrage und Schrittmacher-Programmierung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie

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
	Mitwirkung bei Schrittmacherimplantationen epimyokardial, transvenös					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitwirkung bei Schrittmacherkontrollen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitwirkung bei invasiven elektrophysiologischen Untersuchungen und interventionell ablativen Behandlungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur medikamentösen oder interventionell ablativen Behandlungen von Rhythmusstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Langzeit-EKG einschließlich Event-Monitoring-Bewertung	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Durchführung apparativer antiarrhythmischer Therapie einschließlich mit Automatisiertem Externen Defibrillator (AED), davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Kardioversionen/Defibrillationen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie von postoperativen Herzrhythmusstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Postoperative Therapie								
	Intensivmedizinische Behandlung im postoperativen Verlauf einschließlich maschineller Beatmung unter spezieller Berücksichtigung der hämodynamischen Situation sowie Beatmungsentwöhnung	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie

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
	Spezifische kardiovaskuläre Therapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> der dekompensierten akuten und chronischen Herzinsuffizienz 					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> der systemischen Entzündungsreaktion (systemic inflammatory response syndrome) 					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> postoperativer Hämostasestörungen 					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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