

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

### 18. Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

#### Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

(Mund-Kiefer-Gesichtschirurg/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgin)

Der Abschluss der Weiterbildung im Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie setzt auch eine abgeschlossene zahnärztliche Ausbildung voraus.

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Gebietsdefinition</b>  | Das Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie umfasst die Gesundheitsberatung, Vorbeugung, Erkennung, nicht-operative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Frakturen, Tumoren, Fehlbildungen sowie Form- und Funktionsveränderungen der Zähne, des Zahnhalteapparates, der Alveolarfortsätze, des Gaumens, der Kiefer, der Kieferhöhlen, der Mundhöhle einschließlich der Zunge, der Wange, der Lippen und des angrenzenden Rachens, der Speicheldrüsen sowie des Gesichtsschädels, der Lider, Orbita und Periorbita, der frontalen Schädelbasis und der bedeckenden Weichgewebe des Kopfes, Gesichtes und Halses einschließlich der Behandlung des fachbezogenen erkrankten Lymphsystems sowie der chirurgischen Kieferorthopädie, Implantologie sowie der prothetisch-epithetischen Versorgung. |
| <b>Weiterbildungszeit</b> | <b>60 Monate</b> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon<br>- können zum strukturierten Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen  |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

### Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse  | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|--|--|-----------|---|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
| <b>A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B</b>                           |  |           |   |                                |   |                                     |  |                          |
| <b>B. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</b>   |  |           |   |                                |   |                                     |  |                          |
| <b>1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</b> |  |           |   |                                |   |                                     |  |                          |
| Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien  |  |           |   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|  | Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondenlegung und Sondenernährung   |           |   |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung  | 5         |   |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Chirurgische Techniken und Instrumentengebrauch einschließlich Laseranwendung, insbesondere Inzision, Präparation, Retraktion, Naht- und Knotentechniken unter Berücksichtigung der verschiedenen Gewebestrukturen |           |   |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Scoresysteme und Risikoeinschätzung  |  |           |   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse  | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|--|---|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|  | Chirurgische perioperative Behandlung einschließlich Vorbereitung, Nachsorge und Komplikationsmanagement sowie Indikationsstellung zu weiterführenden Maßnahmen |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Wundheilung und Narbenbildung                  |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|  | Wundmanagement und stadiengerechte Wundtherapie sowie Verbandslehre einschließlich verschiedene Wundauflagen, Unterdruck- und Kompressionstherapie              |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Biopsien und Exzisionen von Hauttumoren und Hautveränderungen sowie Wundversorgung  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von Thrombosen  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>2. Dentoalveoläre Chirurgie</b>             |   |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Prinzipien dentoalveolärer Operationsverfahren |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|  | Operative Eingriffe der dentoalveolären Chirurgie, z. B.  | 200       |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse                                | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|--|---|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|  | - operative Entfernung von verlagerten Zähnen   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - chirurgische Zahnerhaltung, z. B. durch Wurzelspitzenresektionen  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - parodontale Chirurgie   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - dentale Implantologie einschließlich Navigation und Prothetik sowie alveoläre Hart- und Weichgewebeaugmentationen |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - Behandlung odontogener und nicht odontogener Zysten   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>3. Traumatologie und Notfälle</b>   |   |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Pathophysiologie von schweren Verletzungen, des Polytraumas und deren Folgen |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|  | Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschließlich lebensrettender Maßnahmen                                   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Kardiopulmonale Reanimation   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Endotracheale Intubation  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Operative Eingriffe bei Verletzungen, z. B.   | 100       |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - Versorgung von Weichgewebe- und/oder Knochenverletzungen  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse  | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|--|--|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|  | - Zahntraumatologie  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - Schienungen von frakturierten Kiefern  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - Osteosynthesen bei Schädelverletzungen   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Elektive und Notfalltracheotomie   | 5         |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>4. Entzündungen/Infektionen</b>   |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Entzündliche und infektiöse Erkrankungen, z. B.  |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| - erregerebedingte Infektionen   |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| - allergiebedingte und medikamentenbedingte Entzündungen   |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| - Bindegewbserkrankungen einschließlich Kollagenosen   |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| Immun- und Autoimmunkrankheiten, insbesondere Granulomatosen, Vaskulitiden und andere Bindegewbserkrankungen |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|  | Behandlung einschließlich der Nachsorge von entzündlichen und infektiösen Erkrankungen, insbesondere |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse   | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|---|--|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|   | - fortgeleitete Entzündungen,<br>Logenabszesse und Phlegmone   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Speicheldrüsenerkrankungen und<br>Speichelsteine   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Kieferhöhlenerkrankungen   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Unterstützende Maßnahmen zur<br>Förderung der Wundheilung   |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|   | Operative Eingriffe der septischen Chirurgie,<br>insbesondere  | 100       |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - transorale sowie transkutane Inzisionen<br>und Drainagen   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - gebietsbezogene<br>Kieferhöhlenoperationen und<br>Speichelstein- und Speicheldrüsen-<br>Entfernungen |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - bei Osteomyelitis und Kiefernekrosen   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>5. Fehlbildungen und Formstörungen</b>   |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Fehlbildungen und Fehlformen der Zähne,<br>des Gesichtes und seiner Teile, des<br>Gesichtsschädels und des äußeren<br>Schädels, z. B. |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse            | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|--|---|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
| - Lippen-Kiefer-Gaumenspalte                             |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| - Syndrome mit Beteiligung des<br>Gesichtes              |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| - Kraniosynostosen                                       |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| - Fehlbisslagen, dysontogenetische<br>Zysten und Fisteln |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| Anwendung von Kopforthesen                               |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|  | Diagnostik, konservative und operative<br>Therapie sowie die Nachsorge bei<br>Fehlbildungen und Formstörungen des<br>Gesichtes, seiner Teile und des äußeren<br>Schädels einschließlich Operationsplanungen<br>am Modell oder digital einschließlich Beratung<br>und Entwicklung von Therapieplänen |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Mitwirkung bei komplexen Eingriffen der<br>Fehlbildungschirurgie einschließlich<br>Dysontogenese, insbesondere Lippen-Kiefer-<br>Gaumenspalten und syndromale<br>Gesichtsfehlbildungen  | 10        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Umstellungsosteotomien  | 10        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Indikationsstellung zur humangenetischen<br>Beratung  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse  | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|--|---|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
| <b>6. Tumorerkrankungen</b>  |   |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
|  | Diagnostik, Therapie und Nachsorge intra- und extraoraler Tumore, davon   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | – Durchführung von Probeexzisionen einschließlich Bürstenbiopsien   | 30        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | – Tumorresektionen, auch lasergestützt, in der Mundhöhle, an den Lippen, den Speicheldrüsen, der Haut und der Unterhaut von Gesicht, Kopf und Hals einschließlich Lymphadenektomien und Rekonstruktionen durch z. B. Hart- und Weichgewebeverpflanzungen, mikrochirurgische Transplantationen einschließlich der Transplantatentnahme, des Entnahmedefektverschlusses und der Gefäßanschlüsse | 30        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Diagnostische Techniken zur Erfassung der lokalen Tumorausbreitung und zur Lymphknoten- und Fernmetastasendiagnostik |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| Grundlagen medikamentöser Tumortherapie und Strahlentherapie   |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |

\_\_\_\_\_

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



# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichts chirurgie

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse                              | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|--|--|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|  | Mitwirkung bei der systemischen Tumorthherapie sowie der supportiven Therapie bei soliden Tumorerkrankungen der Facharztkompetenz                                    |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Lichtunterstützte Chemotherapie  |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| <b>7. Degenerative Erkrankungen</b>  |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Kieferatrophie,<br>Speicheldrüsenerkrankungen,<br>Kiefergelenkerkrankungen |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|  | Operative Eingriffe der präprothetischen Chirurgie, insbesondere Mundvorhofplastik, enossale Implantationen, Auflagerungsplastiken und andere Augmentationsverfahren | 25        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Diagnostik und Therapie bei degenerativen Speicheldrüsenerkrankungen, z. B. Sialometrie, Speicheldrüsenendoskopie  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Diagnostik und Therapie bei Kiefergelenkerkrankungen, z. B. Kiefergelenksendoskopie und -chirurgie   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>8. Funktionelle Störungen</b>   |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse   | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|---|--|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
| Störungen des orofazialen Systems, z. B. Beweglichkeitsstörungen des Kiefers, Diskusverlagerungen, Schmerzerscheinungen |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|   | Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei funktionellen Störungen des orofazialen Systems einschließlich Einleitung und Überwachung unterstützender Maßnahmen, z. B. physikalische, logopädische und psychosomatische Therapie sowie Akupunktur |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Durchführung funktionstherapeutischer Maßnahmen, z. B. Aufbiss-Behelfe   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>9. Endokrine Störungen</b>   |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Endokrine Erkrankungen, z. B. endokrine Orbitopathie, Akromegalie   |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| Folgestände endokriner Störungen, z. B. nach autoimmuner Thyreoiditis, bei Speicheldrüsenerkrankungen                   |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| <b>10. Diagnostische Verfahren</b>  |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
|   | Untersuchungen an Kopf, Hals, Mundhöhle und Gesicht, insbesondere  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse   | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|---|--|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|   | - klinische Funktionsanalyse einschließlich instrumentelle Funktions- und Okklusionsanalyse  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - gebietsbezogene Hirnnervenuntersuchungen   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - endoskopische Verfahren, z. B. an Oropharynx und Nebenhöhlen   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Elektrophysiologische Untersuchungen, z. B. Elektromyographie der Kau- und Gesichtsmuskulatur |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|   | Indikation, Durchführung und Befunderstellung von intra- und extraoralen zwei- und dreidimensionalen Bildgebungsverfahren der Zähne, des Gesichtsschädels und der Weichgewebe des Kopfes und des Halses, z. B. | 200       |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - digitale Volumentomographie  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Einzelzahnaufnahme und Panoramaschichtaufnahme   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Nasennebenhöhlenaufnahme   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Fernröntgenbild  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse                       | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|---|---|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|   | Sonographische Untersuchungen,<br>insbesondere  | 200       |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - der Gesichts- und Halsweichgewebe<br>sowie der Nasennebenhöhlen und des<br>Gesichtsskelettes, z. B. Jochbogen |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Doppler-/Duplex-Sonographien der<br>extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße                                   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Indikationsstellung und Befundinterpretation<br>von weiteren bildgebenden Verfahren                             |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>11. Lokal- und Regionalanästhesie, spezielle Schmerztherapie</b> |   |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Analgosedierung und notwendige<br>Überwachungsverfahren             |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|   | Anästhesie- und Schmerztherapieverfahren<br>im Kopf- und Halsbereich, insbesondere                              | 50        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Leitungsanästhesie an den peripheren<br>Hirnnerven  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Terminalanästhesie einschließlich<br>intragigamentärer Anästhesie   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Tumeszenzanästhesie   |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse   | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|---|---|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
| Grundlagen der Akupunktur, Akupressur, Transkutane elektrische Nervenstimulation, Neuromodulatoren, Membranstabilisatoren |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|   | Operative Eingriffe an peripheren Gesichtsnerven, z. B. Dekompressionen, Nervenverlagerungen, Neurolysen und Wiederherstellung der sensiblen und motorischen Nerven | 10        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Indikation für interventionelle Verfahren, z. B. Langzeitnervenblockaden, Implantation von Neurostimulatoren              |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| Chronifizierungsprozesse bei Schmerzpatienten   |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|   | Schmerzanamnesen und Untersuchungen bei Schmerzpatienten einschließlich Anwendung von validierten Skalen und Fragebögen zur Schmerzdokumentation                    |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Pharmakologische und nicht-pharmakologische Schmerztherapie   |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| <b>12. Prävention, Gesundheitsberatung und Rehabilitation</b>   |   |           |  |                                |   |                                     |  |                          |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|---|--|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|   | Früherkennungsuntersuchungen von gebietsbezogenen Tumoren und deren Vorstufen  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Beratung zu Mund- und Zahnhygiene sowie Suchtprävention und Entwöhnung   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Rehabilitation durch Defektprothetik und Epithetik   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>13. Schlafbezogene Atemstörungen</b>       |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
|   | Grundlagen der Diagnostik, z. B. Polysomnographie, sowie der Therapie, z. B. Mundvorhofschilde, Unterkieferprotrusionsschienen, Umformungen des Gesichtsschädels und der Weichgewebe zur Vergrößerung der funktionellen Atemwege einschließlich Prophylaxe und Nachsorge von schlafbezogenen Atemstörungen mit Obstruktion der oberen Atemwege |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|   | Interdisziplinäre Therapieplanung bei schlafbezogenen Atemstörungen  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse   | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|---|--|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
| <b>14. Wiederherstellungschirurgie</b>  |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Prinzipien der Plastischen und Wiederherstellungschirurgie, z. B. Einsatz von Biomaterialien, Weichgewebekorrekturen einschließlich Gesichtshautstraffung |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|   | Plastische Maßnahmen geringeren Schwierigkeitsgrades an Mundhöhle, Gesicht und Kopf, z. B. | 50        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Defektdeckungen einschließlich Transplantatentnahmen                                     |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Nahlappenplastiken   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Implantation von Biomaterialien  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Ohrmuschelanlegeplastiken  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>15. Strahlenschutz</b>   |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| 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"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

| <b>Kognitive und Methodenkompetenz</b><br>Kenntnisse | <b>Handlungskompetenz</b><br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | <b>Richtzahl</b> | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen<br>und erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|--|---|------------------|---|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|  | Voraussetzungen zur Erlangung der<br>erforderlichen Fachkunden im gesetzlich<br>geregelten Strahlenschutz |                  |   |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |

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