

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

19. Gebiet Neurochirurgie

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

(Neurochirurg/Neurochirurgin)

Gebietsdefinition	Das Gebiet Neurochirurgie umfasst die Erkennung, operative, perioperative und konservative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Verletzungsfolgen und Fehlbildungen des zentralen Nervensystems, seiner Gefäße und seiner Hüllen, des peripheren und vegetativen Nervensystems.
Weiterbildungszeit	72 Monate Neurochirurgie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon <ul style="list-style-type: none"> • müssen 6 Monate in der intensivmedizinischen Versorgung neurochirurgischer Patienten abgeleistet werden - können zum strukturierten Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B								
B. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Neurochirurgie								
1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Neurochirurgie								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Chirurgische Techniken und Instrumentengebrauch, insbesondere Inzision, Präparation, Retraktion, Naht- und Knotentechniken einschließlich Laseranwendung unter Berücksichtigung der verschiedenen Gewebestrukturen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chirurgische perioperative Behandlung einschließlich Vorbereitung, Nachsorge und Komplikationsmanagement sowie Indikationsstellung zu weiterführenden Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

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
	Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von Thrombosen					<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 verschiedener Wundauflagen, Unterdruck- und Kompressionstherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Defektdeckung bei akuten und chronischen Wunden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scoresysteme und Risikoeinschätzung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Neurochirurgisch relevante neurologische Störungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2. Operative Basistechnik								
	Lagerung zur Operation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- kranial	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

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
	- spinal	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einrichtung und Durchführung der Neuronavigation	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kraniotomien, infra- und supratentoriell					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Operative Zugänge zur Wirbelsäule					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lumbale und ventrikuläre Liquordrainage mit und ohne Druckmessung	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wundverschluss und Wundrevision					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Neurochirurgische Bildgebung und technische Untersuchungsverfahren								
	Indikation, Durchführung und Befunderstellung der intraoperativen radiologischen Befundkontrolle	150				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intraoperativer Ultraschall bei Interventionen und Operationen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation weiterer bildgebender Verfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

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
	Doppler- und duplexsonographische Untersuchungen intra- und extrazerebraler Gefäße einschließlich transkranieller Dopplersonographie	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intraoperatives multimodales Monitoring/Mapping, z. B. Elektromyographie, Nervenleitgeschwindigkeit, evozierte Potentiale, Elektroenzephalographie	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Notfälle								
	Erkennung, Erstversorgung und Management spontaner und traumatischer neurochirurgischer Notfälle, z. B. Schädelhirntrauma, Blutung, Querschnittssyndrom	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Neurochirurgische Intensivmedizin								
	Intensivmedizinische Basisversorgung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einleitung und Überwachung frührehabitativer Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

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
	Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Punktions- und Katheterisierungstechniken, z. B. intrathekal, urethral, gastral, thorakal					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Differenzierte Beatmungstechniken				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Atemunterstützende Maßnahmen bei intubierten und nicht-intubierten Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beatmungsentwöhnung bei langzeitbeatmeten Patienten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Tracheotomien					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung des Verfahrens zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms gemeinsam mit einem hierfür qualifizierten Facharzt					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

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
Neuromonitoring, z. B. Gewebesauerstoffpartialdruck, Hirndurchblutung, Mikrodialyse				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Elektrolyt- und endokrinologisches Management bei neurochirurgischen Krankheitsbildern					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intensivmedizinische Behandlung bei					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Hirnödem und intrakraniell Druckanstieg einschließlich Vasospasmus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Liquorzirkulationsstörung mit Ventrikeldrainage-System einschließlich Entwöhnung/Indikation zur Shuntanlage					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Status epilepticus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- intrakraniellen und spinalen Infektionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- akuten Läsionen des zentralen Nervensystems einschließlich der akuten Querschnittslähmung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

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
	- postoperativen Verläufen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Entzündungen und Infektionen								
Entzündungen und Infektionen in der Neurochirurgie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Konservative Therapie neurochirurgischer Infektionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Operative Therapie neurochirurgischer Infektionen, z. B. Abszesse, Empyeme, Wundheilungsstörungen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Funktionelle Neurochirurgie								
Neurochirurgisch-funktionelle Therapien einschließlich der interdisziplinären Entscheidungsfindung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erkennung und Therapie von Komplikationen einer funktionellen Therapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neurochirurgische Operationen bei Schmerzkrankheit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adjustierung von Implantaten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

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
8. Epilepsiechirurgie								
Implantation von Elektrodenarrays				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Epilepsiechirurgische Eingriffe einschließlich Mapping				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
9. Neurochirurgische Schmerztherapie								
	Neurochirurgisch-invasive Schmerztherapie, z. B. Bildwandler gestützte periradikuläre und Facetteninfiltration, Iliosakralgelenksinfiltration, Thermokoagulation oder Kryoläsion, epidurale Rückenmarksstimulation (SCS), Schmerzpumpen	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfahren der neurochirurgischen Schmerztherapie, z. B. neurovaskuläre Dekompression, destruirende Verfahren, Nervenwurzelhinterstrangeintrittszonen-(DREZ)Läsion, Chordotomie, Stimulationsverfahren, zentrale Neurostimulationsverfahren, neurolytische Verfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

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
Einstellung von Stimulatoren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Implantation, Befüllen und Programmieren von Pumpen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
10. Tumorerkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks und deren Hüllstrukturen								
Grundlagen der Strahlentherapie und Radiochirurgie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Extra- und intrazerebrale Tumore einschließlich der Kalotte, der Schädelbasis, der Orbita, des Rückenmarks sowie der Hüllräume und der peripheren Nerven				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Prä- und postoperative Behandlung von Tumorerkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks und deren Hüllstrukturen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Operationen bei intrakraniellen und intraduralen Tumoren einschließlich endoskopischer Eingriffe an der Schädelbasis, davon	40				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

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
	- diagnostische Eingriffe, z. B. rahmen- oder neuronavigationsgestützte stereotaktische Biopsien	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitwirkung bei der systemischen Tumortherapie sowie der supportiven Therapie bei soliden Tumorerkrankungen der Facharztkompetenz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Neurochirurgische Nachbehandlung und Rehabilitation								
Posttraumatische organische sowie psychische Pathologien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Kontextorientierte Neurorehabilitation nach individuellen und sozialen Fähigkeiten und Funktionen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Überwachung physiotherapeutischer, physikalischer, ergotherapeutischer, psychologischer und logopädischer Therapiemaßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

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
	Bewertung von verbliebenen Fähigkeiten und Monitoring der Erholung sowie des Rehabilitationspotentials, z. B mittels Barthel-Index					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Differentialdiagnostik und Therapieoptionen von Schluckstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
12. Pädiatrische Neurochirurgie								
Intrakranielle und spinale Missbildungen und Entwicklungsstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Pädiatrische Tumoroperationen des zentralen Nervensystems und seiner Hüllorgane sowie der peripheren Nerven				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
13. Hydrozephalus und Fehlbildungen bei Kindern und Erwachsenen								
	Operationen bei Hydrozephalus, Schädel-, Hirn- oder spinalen Fehlbildungen	40				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

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
	Shunt-Techniken, z. B. ventrikuloperitoneal, ventrikuloatrial, ventrikulopleural, lumboperitoneal					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Traumatologie								
	Operationen von intra-, extraduralen Hämatomen, Liquorfisteln, Impressionsfrakturen, Kranioplastien	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trepanationstechniken bei Schädelhirntrauma					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung verschiedener Verfahren der Kranioplastie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anlage von Ventrikeldrainagen und intrakranielle Druckmessungen	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neuromonitoring einschließlich Befunderstellung bei neurophysiologischen Verfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Traumatische Verletzungen der hirnversorgenden Gefäße einschließlich Carotis-Sinus-cavernosus-Fisteln			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
15. Wirbelsäulen- und Rückenmarkschirurgie								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

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 zur konservativen und chirurgischen Therapie bei Wirbelsäulentrauma					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eingriffe an der zervikalen, thorakalen oder lumbalen Wirbelsäule mit dorsalen, ventralen und dorsoventralen Zugängen zur Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule, Lendenwirbelsäule und Sakrum	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitwirkung bei komplexen Stabilisierungsoperationen degenerativer und traumatischer Wirbelsäulenerkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlage eines Halo-Fixateurs				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Nervenwurzel- und Rückenmarksdekompression extra- und intraspinaler Tumore, degenerativer, entzündlicher und vaskulärer Prozesse				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Interdisziplinäre Therapieoptionen vaskulärer spinaler Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

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
16. Neurochirurgie peripherer Nerven								
Klinische und elektrophysiologische Untersuchungen peripherer Nerven und Muskeln				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Periphere Kompressionssyndrome, Tumorerkrankungen peripherer Nerven und Traumata der peripheren Nerven und des Plexus brachialis und lumbosacralis				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Periphere und vegetative Nervenläsionen sowie Einteilung traumatischer Nervenläsionen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Operationen an peripheren Nerven	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konservative und chirurgische Therapieoptionen einschließlich Rekonstruktionen sowie mikrochirurgischer und endoskopischer Verfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
17. Vaskuläre Neurochirurgie								
	Operationen bei spontanen intrazerebralen Blutungen einschließlich Infarktdekompressionen und Entlastungskraniotomien	30				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

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
	Mitwirkung bei vaskulären Operationen, z. B. Angiomen, Aneurysmen, Cavernomen, Bypasschirurgie, desobliterierende Verfahren der hirnersorgenden Gefäße					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konservative, offen chirurgische und interventionelle Behandlungsverfahren neurovaskulärer Läsionen und Malformationen sowie deren Indikationen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Chirurgische Therapieoptionen der zerebralen Ischämie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Neurovaskuläre Graduierungssysteme				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
18. 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"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

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
	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