

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

20. Gebiet Neurologie

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

(Neurologe/Neurologin)

Gebietsdefinition	Das Gebiet Neurologie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation der Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems einschließlich der Muskulatur.
Weiterbildungszeit	60 Monate Neurologie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon <ul style="list-style-type: none"> • müssen 6 Monate in der intensivmedizinischen Versorgung neurologischer Patienten abgeleistet werden • müssen 12 Monate in Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet werden

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B								
B. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Neurologie								
1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Neurologie								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Begutachtung, Vorsorgevollmacht, Betreuung und Geschäftsfähigkeit				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erstellung von Rehabilitationsplänen, Überwachung und epikritische Bewertung der Anwendung von Rehabilitationsverfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neurologische Anamneseerhebung und Untersuchung unter Berücksichtigung biographischer und psychosozialer Zusammenhänge, psychogener Symptome und somatopsychischer Reaktionen, auch unter Einbezug von Angehörigen/relevanten Drittpersonen, einschließlich Erhebung des neuropsychologischen und psychopathologischen Befundes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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
Hirnnervensyndrome, zerebrale Syndrome einschließlich Störungen des Bewusstseins, zerebelläre Syndrome, Hirnstamm-Syndrome, Rückenmarkssyndrome, Syndrome der peripheren Nerven und der Muskeln, vegetative Syndrome, Schmerz, Gangstörungen und Stürze, Blasen- und Mastdarmfunktionsstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Aufklärung von und situationsgerechte Kommunikation mit Patienten mit reduzierter Auffassungs- und Gedächtnisleistung, eingeschränkter affektiver und autopsychischer Wahrnehmungsfähigkeit sowie Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit einschließlich der Beratung Angehöriger					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Teilnahme an interdisziplinären Teambesprechungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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
	Indikationsstellung und Nebenwirkungen von Schmerztherapie, Psychopharmakotherapie und neurologischer Pharmakotherapie einschließlich Immun- und Chemotherapien					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutung molekulargenetischer Signaturen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2. Neurologische Notfälle								
	Erstversorgung neurologischer Notfälle, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- neurovaskuläre Notfälle einschließlich intrakranieller Blutungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- vigilanzgeminderte und komatöse Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- epileptische Anfälle einschließlich Status epilepticus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- spinale Notfälle					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- hypokinetische Krisen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- myasthene Krisen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Meningitiden/Enzephalitiden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Eklampsie/Präeklampsie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Schwindel					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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
	- Intoxikationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- psychiatrische Notfälle, Verwirrheitszustände, Delir einschließlich Alkoholentzugssyndrome, maligne Hyperthermie und malignes neuroleptisches Syndrom					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erstversorgung eines Schlaganfalls einschließlich systemischer Lyse					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Erstversorgung von Schädel-Hirn-Traumata, traumatischen Rückenmarksverletzungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Diagnostische Verfahren								
	Elektroenzephalographien	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Befunderstellung von Elektromyographien (EMG)	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Befunderstellung evozierter Potentiale (MEP, SSEP, VEP, AEP)	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Befunderstellung von Elektroneurographien (NLG)	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Elektrophysiologische Funktionsdiagnostik des autonomen Nervensystems	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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
Sonographische Untersuchungen von Nervensystem, Nerven und Muskeln				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Doppler-/ Duplexsonographien extra- und intrakranieller hirnversorgender Gefäße	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Befunderstellung von Funktionsanalysen bei Schluckstörungen	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Befunderstellung von neurootologischen Untersuchungen, z. B. Verfahren zur Nystagmusprüfung	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Punktionen des Liquorraumes	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anlage zentralvenöser Zugänge					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Computertomographie- und Magnetresonanztomographieuntersuchungen	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Neurologische Intensivmedizin								
	Differentialdiagnostisches Management bei Störungen des Bewusstseins einschließlich der Einteilung in Schweregrade					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neurologische Untersuchung von analgosedierten Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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
Methodische Grundlagen des (invasiven) Neuromonitorings				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Hirnödemtherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Management vegetativer Krisen und zentraler Atemregulationsstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapien einschließlich der Erstellung von Therapieplänen zur parenteralen Ernährung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störungen des Säure-Basen- und des Elektrolyt-Haushaltes				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Beatmungstechniken				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Durchführung von Intubationen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critical-Illness-Myopathie und Neuropathie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Einschätzung der Prognose bei anoxischer Hirnschädigung und residuellen Defektsyndromen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Angehörigengespräche bei irreversiblen Hirnfunktionsausfall					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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
	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"/>
5. Neuropsychologie								
Grundlagen neuropsychologischer/verhaltensneurologischer Syndrome nach Hirnschädigung und bei Hirnfunktionsstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen kognitiver Störungen sowie von Störungen der Emotion, Motivation und Persönlichkeit				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Befunderstellung von standardisierten Testverfahren und Skalen bei neuropsychologischen/verhaltensneurologischen Störungen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neuro- und Psychopharmakotherapie bei neuropsychologischen Störungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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
	Therapieplanung einschließlich Festlegung und Überprüfung von Therapiezielen sowie Einleitung von Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und in das soziale Umfeld					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Geriatrische Krankheitsbilder								
Typische Krankheitsbilder des alternden Menschen einschließlich gerontopsychiatrischer Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Geriatrisches Assessment einschließlich Test-, Untersuchungs- und Schätzskaalen zur Einordnung und Behandlung von geriatrischen Syndromen und deren Krankheitsfolgen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pharmakotherapie im Alter, insbesondere bei der Behandlung mit zentralnervös-wirksamen Medikamenten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einleitung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Selbständigkeit und Minderung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Sicherung von Geschäftsfähigkeit bzw. Vorsorgevollmacht/Betreuung und von Pflege					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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
Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation sowie der neurologischen Rehabilitation im Alter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Prophylaxe alterstypischer und altersassoziierter körperlicher und seelischer Erkrankungen sowie von Immobilität, Gangstörungen und Stürzen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Neuro-Rehabilitation								
Neurologische und physikalische Behandlungsverfahren und soziotherapeutische Maßnahmen einschließlich Physiotherapie, Logopädie, Neuropsychologie und Ergotherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung für neurologische Rehabilitationsverfahren, Erstellung von Rehabilitationsplänen, Überwachung und epikritische Bewertung der Anwendung der Rehabilitationsverfahren, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Beantragung von Phase B-Frührehabilitation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Schmerzbehandlung								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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
Therapieoptionen bei Schmerzsyndromen, insbesondere Neuralgien, sympathisch unterhaltenen Schmerzen und chronischen Schmerzsyndromen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie von Kopf- und Gesichtsschmerzen, zentralen und peripheren Schmerzsyndromen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Erkrankungen der Hirnnerven und des Hirnstamms								
	Diagnostik und Therapie isolierter und kombinierter Hirnnervenerkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik von typischen Hirnstamm-Syndromen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vaskuläre Erkrankungen								
Risikofaktoren und Symptome zerebraler Ischämien, intrakranieller Blutungen einschließlich Subarachnoidalblutungen sowie intrakranieller Sinus- oder Venenthrombosen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie ischämisch verursachter neurologischer Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie intrakranieller Blutungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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 der Subarachnoidalblutungen sowie Vasospasmustherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie intrakranieller Sinus- oder Venenthrombose					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikofaktoren sowie Symptome von Rückenmarksgefäßen ausgehender Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie vaskulär bedingter Erkrankungen des Rückenmarks					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primär und -Sekundärprophylaxe vaskulärer Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11. Infektiöse Erkrankungen								
Klinische Manifestationen und Therapieprinzipien von Infektionserkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie der Muskeln einschließlich des Erregerspektrums				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Septische Enzephalopathie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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 neurologischen Infektionserkrankungen, insbesondere Meningitis/Enzephalitis einschließlich Neuroleues, Tuberkulose, Borreliose und der HIV-Erkrankung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Autoimmunerkrankungen								
Verlaufsformen und sozialmedizinische Aspekte der Multiplen Sklerose und anderer demyelinisierender Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik einschließlich der MRT-Kriterien der zeitlichen und räumlichen Dissemination, Schubdefinition, Akuttherapie und immunmodulatorische Therapie der Multiplen Sklerose					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Antikörperdiagnostik und Therapie anderer Autoimmunerkrankungen des Zentralnervensystems einschließlich ZNS-Manifestationen von systemischen Autoimmunerkrankungen, paraneoplastischer und autoimmuner Erkrankungen, z. B. Neuropil-AK assoziierten Enzephalitiden				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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 autoimmun bedingten einschließlich paraneoplastisch bedingten Erkrankungen der Plexus, der peripheren Nerven, der neuromuskulären Endplatte und des vegetativen Nervensystems, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- neuralgische Schulteramyotrophie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Guillain-Barré Syndrom (GBS)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIDP)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Myasthenia gravis und andere myasthene Syndrome					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie von autoimmun bedingten einschließlich paraneoplastisch bedingten Myopathien, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Polymyositis					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Dermatomyositis					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Polymyalgia rheumatica					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Einschlusskörperchenmyositis					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Metabolische Erkrankungen								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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
Metabolische und endokrine Enzephalopathien, Neuropathien und Myopathien einschließlich Mitochondriopathien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie neurologischer Komplikationen des Diabetes mellitus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie neurologischer Komplikationen der Niereninsuffizienz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxische und medikamentös induzierte Enzephalo-, Neuro- und Myopathien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie alkohol-assoziiertes neurologischer Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie chemotherapie-assoziiertes neurologischer Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tumorerkrankungen								
	Diagnostik, konservative Therapie und Prognose primärer intrakranieller und spinaler Tumore sowie Tumore der peripheren Nerven einschließlich intrathekaler Therapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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, konservative Therapie und Prognose von Hirnmetastasen unter Berücksichtigung typischer Primärtumore					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitwirkung bei der systemischen Tumorthherapie sowie der supportiven Therapie bei soliden Tumorerkrankungen der Facharztkompetenz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Traumatisch bedingte Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems								
	Diagnostik und konservative Therapie von Schädel-Hirn-Traumata oder Verletzungen des Rückenmarks					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und konservative Therapie traumatisch verursachter Nerven- und Nervenwurzelkompressionen bzw. der Nervengeflechte einschließlich typischer Engpasssyndrome					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Epileptische und andere anfallsartig auftretende Erkrankungen								
Anfallssemiologie und Einteilung von Anfällen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Diagnostik anfallsartiger Störungen des Bewusstseins einschließlich Synkopen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik, Therapie und Prognose epileptischer Erkrankungen einschließlich Beratung zu rechtlichen Implikationen und Lebensplanung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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, Therapie der Altersepilepsie bei degenerativen, vaskulären und anderen zerebralen Läsionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten der Pharmakologie von Antikonvulsiva				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
17. Schlafstörungen								
Neurologisch relevante Schlaf- und Vigilanzstörungen einschließlich Narkolepsie und Schlaf-Apnoesyndrom				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
18. Erkrankungen des peripheres Nervensystem								
	Diagnostik und konservative Therapie von Erkrankungen des peripheren Nervensystems einschließlich elektrophysiologischer Lokalisationsdiagnostik, insbesondere von					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Syndromen des Plexus brachialis und Plexus lumbosacralis					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Syndromen der Nervenwurzeln					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Polyneuropathien					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Syndromen einzelner peripherer Nerven und ihrer Abschnitte					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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
	- typischen Engpasssyndromen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Blasen-, Mastdarmfunktions- und Erektionsstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Neurodegenerative Erkrankungen								
	Diagnostik und Therapie des Morbus Parkinson und anderer degenerativer hypokinetisch-rigider oder hyperkinetischer Syndrome einschließlich relevanter Skalen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Betreuung von Patienten mit invasiven Therapieverfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Botulinumtoxin-Therapie zur Behandlung von Dystonien und Spastik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Differentialdiagnostik von Gangstörungen und bei Stürzen einschließlich posturaler Störungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie der Alzheimer-Demenz einschließlich der Abgrenzung zu anderen Demenzsyndromen, organisch und nicht-organisch bedingten kognitiven Störungen im Alter					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie hereditärer degenerativer Erkrankungen und anderer degenerativer Erkrankungen wie amyotrophe Lateralsklerose, spinale Muskelatrophie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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. Fachgebundene genetische Beratung								
Grundlagen hereditärer und multifaktorieller Krankheitsbilder und Entwicklungsstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Interpretation und Aussagekraft genetischer Untersuchungsergebnisse (Sensitivität, Spezifität, prädiktiver Wert)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Methodische, psychosoziale und ethische Aspekte der genetischen Beratung und Diagnostik einschließlich pharmakogenetischer Tests				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erkennung fachbezogener genetisch bedingter Krankheitsbilder oder Entwicklungsstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fachgebundene genetische Beratung bei diagnostischer und prädiktiver genetischer Untersuchung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Psychiatrie im Rotationsjahr								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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
	Psychiatrische Anamnese und differentialdiagnostische psychopathologische Befunderhebung insbesondere von Störungen der Affektivität, des formalen und inhaltlichen Denkens, der Wahrnehmung und Ich-Störungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erkennung von Suizidalität					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anamneseerhebung bei Menschen mit substanzabhängigen und substanzunabhängigen Abhängigkeitserkrankungen einschließlich der Berücksichtigung der Motivationsentwicklung und des sozialen Umfeldes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psychiatrisch-psychotherapeutische Gesprächsführung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der psychiatrischen Krankheitslehre und Diagnostik				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen im Alter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Qualifizierte Entzugsbehandlung aller stoffgebundenen Süchte, z. B. Alkohol, Medikamente, Nikotin und illegale Drogen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

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 von und Umgang mit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- somatoformen Störungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- organischen Psychosen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bipolaren Störungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- unipolaren Depressionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere Alkoholabhängigkeit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deeskalierende Maßnahmen im Vorrang zu Zwangsmaßnahmen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten