

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## 25. Gebiet Phoniatrie und Pädaudiologie

### Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

(Phoniater und Pädaudiologe/Phoniaterin und Pädaudiologin)

<b>Gebietsdefinition</b>	Das Gebiet Phoniatrie und Pädaudiologie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung sowie Rehabilitation von krankheitsbedingten Störungen der peripheren und zentralen Hörfunktion, der Sprech- und Sprachfunktion, der Laut- und Schriftsprache, der Stimm-, Kau- und Schluckfunktion einschließlich psychosomatischer Begleiterkrankungen und musikermedizinischer Erkrankungen.
<b>Weiterbildungszeit</b>	<b>60 Monate</b> Phoniatrie und Pädaudiologie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon - können zum strukturierten Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

#### Übergangsbestimmung:

Kammermitglieder, die über die Anerkennung der Facharztbezeichnung für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen verfügen, sind berechtigt, stattdessen die Facharztbezeichnung für Phoniatrie und Pädaudiologie zu führen.

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
<b>A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B</b>								
<b>B. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Phoniatrie und Pädaudiologie</b>								
<b>1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Phoniatrie und Pädaudiologie</b>								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Anwendung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Anwendung von Hörhilfen, elektronischen Sprechhilfen und Hilfsmitteln für den Stimmersatz	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsbedingte Erkrankungen von Stimme, Sprache, Sprechen, Schlucken und Gehör				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur enteralen und parenteralen Ernährung, Infusionstherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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 an der Erstellung von Hilfs- und Förderplänen mit Bezug zu pädagogischen und/oder sozialpädiatrischen Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einbindung und Beratung von Angehörigen und Bezugspersonen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Notfälle</b>								
	Diagnostik und Therapie akuter Störungen, z. B.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- kindliche Schwerhörigkeit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- kindlicher Schwindel					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Schluckstörung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Stimmverlust					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdkörperextraktion				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>3. Alters-/geschlechts-/kulturspezifische Erkrankungen</b>								
Sprachentwicklung in verschiedenen soziokulturellen Kontexten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachig erzogenen Kindern sowie Beratung der Eltern					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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
	Diagnostik von Sprachstörungen bei Demenz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Stimmstörungen im Kindes- und Jugendalter einschließlich Störungen des Stimmwechsels					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Management bei Stimmstörungen einschließlich Untersuchung von Stimmleistung und -qualität bei professionell genutzten Stimmen sowie musikermedizinischer Aspekte	30				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung der Presbyphonie	30				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung der Presbyphagie	30				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Stimmstörungen bei Transsexualismus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Stimm- und Sprechatmungsstörungen</b>								
	Organisch verursachte, funktionelle, hormonelle Stimmstörungen einschließlich neuromuskuläre sowie Stimmstörungen bei Dystonien			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Videopharyngolaryngoskopie	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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
	Quantitative Analyse der Stimmlippenschwingungen mittels digitaler Videostroboskopie und Elektrolottographie	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Instrumentelle Analysen des Stimm- und Sprachschalls im Frequenz-, Intensitäts- und Zeitbereich, Stimmfeldmessung	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik der Stimmleistungsfähigkeit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik zur Ermittlung der Qualität und des Heiserkeitsgrades einer Stimme	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik der Phonationsatmung mit Bestimmung statischer und dynamischer Lungenfunktionsparameter	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik der Sprechatmung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik bei glottischer und extraglottischer Hyper- und Hypofunktion					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stimmverlust bei Kopf-Hals-Tumoren, Kehlkopf(teil)resektionen und Kehlkopftraumata			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Elektromyographie der an der Stimmgebung beteiligten Muskeln			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Elektroneurographie und kortikale Magnetstimulation			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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
	Beurteilung betrieblicher Anforderungen an die Stimme, z. B. bei Lärmbelastung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erstellung eines Therapieplans und Durchführung einer Therapieeinheit bei Stimmstörungen	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung von neuromuskulären Stimmkrankheiten und Schluckstörungen mit Anwendung von Botulinum-Toxinen an den Kehlkopfmuskeln					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eingriffe der Phonochirurgie, z. B. Stimmlippenaugmentation und -medialisierung, Aryknorpelreposition					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manualtherapie am Kehlkopf				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>5. Sprech- und Aussprachestörungen</b>								
	Gaumenbefundung des orofazialen Systems bei Spaltbildungen, Gaumensegellähmungen, Gaumendefekten nach Operationen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interaktionsstörungen zwischen Artikulation, Mastikation und Deglutition einschließlich der durch die Zahnentwicklung bedingten Besonderheiten			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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
	Beurteilung der Nasalanz und Diagnostik von Nasalitätsstörungen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektroakustische Untersuchung von Aussprachestörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erstellung eines detaillierten Therapieplans und Durchführung einer Therapieeinheit bei Nasalitätsstörungen	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Sprachentwicklungsstörungen</b>								
Expressive, rezeptive und globale Sprachentwicklungsstörungen einschließlich Risikofaktoren und Komorbiditäten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Richtungsweisende Sprachentwicklungstests	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Standardisierte Sprachentwicklungstests, z. B. SET-K, HSET	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prüfung der auditiven, visuellen, kinästhetischen und taktilen Verarbeitung und Wahrnehmung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prüfung der orofazialen Sensomotorik	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik der Grob- und Feinmotorik im Zusammenhang mit Sprachstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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
Entwicklungs- und Intelligenztests				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erstellung eines detaillierten Therapieplans zur Sprach- und Sprechtherapie sowie Durchführung einer Therapieeinheit	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Störungen des Lesen- und Schreibenlernens</b>								
Lese- und Rechtschreibstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Interpretation von Lesetests	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Interpretation von Rechtschreibtests	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Interpretation von Tests zur phonologischen Bewusstheit, von peripheren Hörtests und Tests der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Laut- und Schriftsprachverlust</b>								
Neurogene Sprech- und Sprachstörungen nach Abschluss der Sprachentwicklung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

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



# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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
	Diagnostik des Hörvermögens, der Mimik, Motorik und Sensibilität des Mund- und Rachenraumes sowie des Kehlkopfes einschließlich der Hirnnervenfunktion	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sprach- und Sprechtests zur Diagnostik von Sprachverlustsyndromen, z. B. Aachener Aphasie-Test, Frenchay-Dysarthrie-Diagnostik	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aphasie bei Kindern				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erstellung eines detaillierten Therapieplans bei Laut- und Schriftsprachverlust und Durchführung einer Therapieeinheit	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Redeunflüssigkeiten</b>								
Physiologische und entwicklungsbedingte Redeunflüssigkeiten einschließlich psychogenes Stottern				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Redeunflüssigkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik von Stottern und Poltern	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Elternberatung stotternder Kinder	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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
	Erstellung eines detaillierten Therapieplans bei Redeunflüssigkeiten und Durchführung einer Therapieeinheit	2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Direkte und indirekte Therapieverfahren, z. B. Non-Avoidance-Ansatz, Sprechmodifikation	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beurteilung der kindlichen Kapazitäten und der Anforderungen an flüssiges Sprechen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Schluckstörungen</b>								
	Abgrenzung von Fütterstörungen und Schluckstörungen bei Säuglingen und Kindern			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Oropharyngeale, laryngeale und ösophageale Schluckstörungen, insbesondere bei neuromuskulären und geriatrischen Erkrankungen, Kopf-Hals-Tumoren, Langzeitbeatmung und in palliativmedizinischen Situationen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Schluckscreeningverfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik der Grob-, Fein- und Mundmotorik im Zusammenhang schluckrelevanter oraler und laryngopharyngealer Strukturen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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
	Endoskopische oder apparative Schluckuntersuchungen, z. B. Fiberendoskopische Evaluation des Schluckens (FEES)	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von radiologischen Schluckaufnahmen im bewegten Bild					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung für funktionelle und chirurgische Schlucktherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur Tracheotomie, Versorgung mit Trachealkanülen und oralen sowie nasalen Gastroduodenalsonden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung zu kompensatorischen und adaptativen Strategien und Hilfen zur Unterstützung des Essens und Trinkens					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erstellung eines detaillierten Therapieplans bei Schluckstörungen und Durchführung einer Therapieeinheit	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zu perkutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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
<b>11. Hörstörungen bei Kindern</b>								
Schalleitungsschwerhörigkeiten, Schallempfindungsschwerhörigkeiten, kombinierte Schwerhörigkeiten, auditorische Synaptopathie/auditorische Neuropathie und auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS), Tinnitus				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Ohrmikroskopie	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik syndromaler und nicht-syndromaler Hörstörungen einschließlich Indikationsstellung zur weiterführenden interdisziplinären Behandlung und/oder zu interprofessionellen Förderkonzepten	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hörschwellen-Bestimmung mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren mit Konditionierung	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Altersbezogene Sprachaudiometrie mit offenen und geschlossenen Paradigmen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Altersbezogene Impedanzmessungen	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frequenzspezifische elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA) mit Schlaflauslösung	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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
	Diagnostik zentraler Hörstörungen und auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparative Versorgung bei (sprach-)entwicklungsgestörten oder mehrfach behinderten Kindern				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Versorgung mit konventionellen Hörsystemen und deren Evaluation	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur Versorgung von Hörstörungen mittels operativer Verfahren, z. B Cochlea-Implantation	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalverarbeitungsstrategien und Anpassalgorithmen bei konventionellen Hörsystemen und Zusatzgeräten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Parazentesen	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einlage von Paukenröhrchen	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung für Tympanoplastiken					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung für Übertragungsanlagen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gebrauchsschulung von Hörsystemen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. Prävention</b>								

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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
	Durchführung und Tracking des Neugeborenenhörscreenings mit automatischer Messung der transitorisch evozierten otoakustischen Emissionen (TEOAE) oder Automated Auditory Brainstem Response (AABR)	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung eines Sprachentwicklungsscreenings					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgrenzung soziogener von medizinisch relevanten Sprachentwicklungsstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Beratung zur Prophylaxe von Hör- und Sprachstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stimm- und Sprach-Eignungsuntersuchungen	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung zu Stimmhygiene und Stimmfürsorge für stimm- und sprachintensive Berufe					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung zu präventiven Maßnahmen für den Erhalt der Musikergesundheit von Vokalisten und Instrumentalisten, Einfluss von ungünstigem Überverhalten und Auftrittsängsten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. Diagnostische Verfahren</b>								

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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
	Mikroskopische und endoskopische Untersuchungen, z. B. Rhinoskopie, Sinuskopie, Nasopharyngoskopie, Laryngoskopie, Tracheoskopie, Ösophagoskopie	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Audiologische Untersuchungen, z. B. Tonschwellen-, Sprach-Hörfeldaudiometrie, Tinnitus-Diagnostik, elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA), otoakustische Emissionen, Hörtests zur Diagnostik zentraler Hörstörungen sowie zur Hörgeräteversorgung	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen funktioneller Störungen der Halswirbelsäule und der Kiefergelenke				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lokal- und Regionalanästhesie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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
Sonographische Untersuchungen der Gesichts- und Halsweichteile sowie der Nasennebenhöhlen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Doppler-/Duplex-Sonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Neuro-otologische Untersuchungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allergiediagnostik mit kutanen (Prick-)Tests					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Interpretation allergologischer in-vitro Testverfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Interpretation von Manometrie und pH-Metrie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. Rehabilitation</b>								
Grundlagen der Rehabilitation bei Stimm-, Sprach-, Sprech-, Schluck- und Hörstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen bei Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rehabilitationsmaßnahmen, z. B. Basistherapie und Nachsorge nach Hörimplantat-Versorgung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

<b>Kognitive und Methodenkompetenz</b> Kenntnisse	<b>Handlungskompetenz</b> Erfahrungen und Fertigkeiten	<b>Richtzahl</b>	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
<b>15. Psychosomatische Grundlagen</b>								
Psychosomatische Funktionsstörungen der Stimme, des Sprechens, der Sprache, des Schluckens und des Hörens, der Hörreifung, -verarbeitung und -wahrnehmung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Verbale Interventionstechniken					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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