

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

26. Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin

Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

(Physikalischer und Rehabilitativer Mediziner/Physikalische und Rehabilitative Medizinerin)

Gebietsdefinition	Das Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin umfasst die Frührehabilitation, die postakute und Langzeit-Rehabilitation sowie die Prävention von Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit sowie die interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung von Struktur- und Funktionsstörungen mit konservativen, physikalischen, manuellen und naturheilkundlichen Therapiemaßnahmen sowie Verfahren der rehabilitativen Intervention.
Weiterbildungszeit	60 Monate Physikalische und Rehabilitative Medizin unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon <ul style="list-style-type: none"> • müssen 12 Monate in der stationären Akutversorgung im Gebiet Chirurgie und/oder in Neurochirurgie abgeleistet werden • müssen 12 Monate in der stationären Akutversorgung im Gebiet Innere Medizin und/oder in Neurologie abgeleistet werden

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

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 Physikalische und Rehabilitative Medizin								
1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Physikalische und Rehabilitative Medizin								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Theoriemodelle der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, z. B. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) sowie der Rehabilitation				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Rehabilitationsspezifische Hygienemaßnahmen unter besonderer Berücksichtigung multiresistenter Erreger					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Teilnahme an multiprofessionellen Teamsitzungen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

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
Rehabilitationsspezifische Aspekte der Behandlung von Patienten mit kognitiven Defiziten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Rehabilitationsspezifische Beratung und Mitbehandlung von Suchterkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Notfälle								
	Erkennung und Behandlung typischer Komplikationen im Behandlungsverlauf sowie deren Prophylaxe					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Prävention								
Prävention von Krankheiten, arbeitsplatzbedingten Belastungen und Schädigungen (Primärprävention)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Prävention von Krankheitsfolgen (Sekundärprävention)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Prävention von Einschränkungen der Teilhabe sowie von Hilfe- bzw. Unterstützungsbedarf (Tertiärprävention)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Präventionsmedizinische Untersuchungen und Beratungen einschließlich sportmedizinischer Aspekte					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

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
	Arbeitsplatzorientierte Beratungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung zu Hilfe- und Unterstützungsbedarf					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Soziale Sicherungssysteme und Versorgungsstrukturen								
Grundprinzipien der sozialen Sicherung, Rehabilitations- und Sozialmedizin				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Rehabilitationsbezogene Steuerungselemente im Gesundheitswesen und ihre praktische Anwendung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen und methodische Prinzipien der Rehabilitation und Rehabilitationssteuerung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Medizinische Rehabilitation, insbesondere Leistungsformen, spezifische Rehabilitationsangebote und -verfahren und Einrichtungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Berufliche Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) und Wiedereingliederung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Schulisch-pädagogische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

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
Grundlagen der Durchgangsarzt- und Verletztenartenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Anwendung von Modellen der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Zuweisung zu den verschiedenen rehabilitativen Versorgungsformen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Einleitung von beruflichen und/oder arbeitsplatzorientierten Rehabilitationsleistungen	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beurteilung des Leistungsvermögens, der Arbeitsunfähigkeit und der Erwerbsminderung sowie der Pflegebedürftigkeit	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diagnostische Maßnahmen								
Differentialdiagnostik von Struktur- und Funktionsstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

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
	Manualmedizinische Untersuchung von Komplex- und Einzelbefunden des Bewegungssystems, z. B. Bewegungsstörungen, regionale Befunde, Einzelbefunde an Gelenken, Muskeln, faszialen, viszeralen und neuronalen Strukturen	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neurologische Befunderhebung bei Störungen des peripheren und zentralen Nervensystems					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung, Durchführung und Auswertung apparativer Diagnostik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- EKG					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Belastungs-EKG					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Lungenfunktionsprüfung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonographie der Bewegungsorgane	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation radiologischer Untersuchungen, auch unter funktionellen Gesichtspunkten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Teilnahme an radiologischen Fallbesprechungen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stand- und Ganganalyse					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

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
	Orientierende psycho-pathologische Befunderhebung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsbezogene Auswertung von Assessmentinstrumenten zur Selbst- und Fremdeinschätzung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Krankheiten und Störungen der Funktionsfähigkeit								
	Mit- und Anschlussbehandlung sowie Rehabilitation von Erkrankungen und Funktionsstörungen, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Folgen komplikativer Krankheitsverläufe					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- funktionelle, degenerative, entzündliche und stoffwechselbedingte Krankheiten des Bewegungssystems					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Verletzungsfolgen einschließlich Polytrauma, Schädel-Hirn-Trauma, Querschnittsläsionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- zerebrale Durchblutungsstörungen einschließlich Schlaganfall					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- neurodegenerative Krankheiten und periphere Nervenläsionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

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
	- Krankheiten des kardiopulmonalen Systems					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Krankheiten des Gefäßsystems einschließlich des Lymphgefäßsystems					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- angeborene Leiden und Folgen frühkindlicher Hirnschäden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- psychische und psychosoziale Erkrankungen und Problemlagen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Interventionen								
Methode und Therapiemittel, physiologische Wirkung und Therapieeffekte von physikalischen Therapien, z. B. Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Ergotherapie, Sporttherapie, Massagetherapie, Elektro- und Ultraschalltherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie, Balneotherapie und Inhalationstherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

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
Rehabilitative Maßnahmen wie Rehabilitationspflege, Logopädie, Neuropsychologie, rehabilitative Sozialarbeit, Patientenschulung und - information, Kunst- und Musiktherapie, begleitende psychotherapeutische Verfahren, Ernährungstherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung, Einleitung und Verlaufsbeurteilung physikalischer und rehabilitativer Interventionen unter kurativer und rehabilitativer Zielsetzung	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventionelle Methoden				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostische und therapeutische Punktionen und Injektionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manualmedizinische Behandlungstechniken, auch in Kombination mit Untersuchungstechniken					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Differentialindikative Hilfsmittelversorgung mit Orthesen und Prothesen, Einlagen- und Schuhversorgung, rehabilitativer Technologie und Kompressionsbestrumpfung, Mobilitätshilfen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

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. Frührehabilitation								
Grundlagen kombinierter akut- und rehabilitationsmedizinischer Behandlung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Transfer- und Mobilisationskonzepte				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Beatmung und Beatmungsentwöhnung, Tracheostoma- und Sekretmanagement				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Planung und Durchführung der Frührehabilitation einschließlich frührehabilitativer Komplexbehandlung im multiprofessionellen Team	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Strukturierte Überwachung des frührehabilitativen Verlaufs und Überleitungsmanagement					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Weiter- und Nachbehandlung der zur Frührehabilitation führenden Krankheit oder Verletzung, der Begleitkrankheiten und Komplikationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frührehabilitative Assessments	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dysphagiemanagement					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ernährungsmanagement					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trachealkanülenversorgung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

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
9. Postakute und Anschlussrehabilitation sowie intermittierende Heilverfahren								
Rehabilitationsdiagnostik und -assignment				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Rehabilitationsplanung und rehabilitative Interventionen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Therapieevaluation und -modifikation				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Überleitungsmanagement und sozialmedizinische Beurteilung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Planung, Koordination und Beurteilung postakuter Rehabilitation und intermittierender Heilverfahren	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Rehabilitative Langzeitversorgung und ambulante rehabilitative Krankenbehandlung								
Rehabilitative Langzeitversorgung und Nachsorge				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Auswahl und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe in der Langzeitversorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten bzw. Behinderungen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einleitung von Funktionstraining bzw. Rehabilitationssport	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Konservative und operative Akutversorgung								
	Assistenzen bei Operationen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

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
	Wund- und Infektionsmanagement sowie Verbandlehre					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gerinnungsmanagement sowie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von Thrombosen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Abdomensonographien, Dopplersonographien der Gefäße, Echokardiographien, endoskopischen Verfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Elektroenzephalographien, Elektromyographien, Nervenleitgeschwindigkeiten, evozierten Potenzialen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Botulinumtoxintherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten