

Logbuch

Schwerpunkt Neuroradiologie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

30.2.2 Schwerpunkt Neuroradiologie

(Neuroradiologe/Neuroradiologin)

Die Schwerpunkt-Weiterbildung Neuroradiologie baut auf der Facharzt-Weiterbildung Radiologie auf.	
Weiterbildungszeit	24 Monate Neuroradiologie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten

Weiterbildungsinhalte der Schwerpunkt-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. Spezifische Inhalte der Schwerpunkt-Weiterbildung Neuroradiologie								
1. Übergreifende Inhalte der Schwerpunkt-Weiterbildung Neuroradiologie								
Grundlagen und klinische Untersuchungsmethoden in der Neurologie, Neurochirurgie, Angiologie und Gefäßchirurgie mit Relevanz für neuroradiologische Fragestellungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Neuroradiologie

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
Anatomie, anatomische Varianten und Physiologie der angeborenen und erworbenen Erkrankungen mit Relevanz für neuroradiologische Fragestellungen, insbesondere des arteriellen und venösen Gefäßsystems im Bereich Kopf, Hals, Gehirn, Wirbelsäule und Rückenmark				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Klinische Symptome und Behandlungsstrategien sowie bildmorphologische Darstellung bei neuroradiologischen Fragestellungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Vorbereitung und Durchführung von neuroradiologischen Demonstrationen, interdisziplinären Konferenzen, einschließlich Tumorkonferenzen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten neuroradiologischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen sowie erforderliche Anpassungen der Akquisitionsparameter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2. Indikationsstellung								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Neuroradiologie

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
	Indikation einschließlich rechtfertigender Indikationsstellung für alle neuroradiologischen Untersuchungen und interventionellen bildgestützten Verfahren unter Berücksichtigung der relevanten klinischen Fragestellungen des zentralen und peripheren Nervensystems einschließlich der Nervenplexus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bewertung und Vergleich der Aussagekraft bildgebender Verfahren, insbesondere Radiographie, Fluoroskopie, CT, MRT, Sonographie für unterschiedliche diagnostische neuroradiologische Fragestellungen und Auswahl der geeignetsten Methoden für diagnostische neuroradiologische Fragestellungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bewertung und Vergleich der verschiedenen interventionellen neuroradiologischen Verfahren und Auswahl der geeignetsten Verfahren für die unterschiedlichen neuroradiologischen Krankheitsbilder					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Neuroradiologie

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
3. Strahlenschutz								
Reduktionsmöglichkeiten der medizinisch induzierten Strahlenexposition im Hinblick auf besonders strahlensensible Organe im Untersuchungs- oder Behandlungsfeld				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
4. Bildgebung mit ionisierender Strahlung								
Digitale Volumetomographie (DVT) im Kopf-Hals-Bereich				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikation, Durchführung und Befunderstellung von Röntgenuntersuchungen einschließlich diagnostischer und funktioneller Computertomographie, Digitaler Subtraktionsangiographie und Fluoroskopie, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Röntgennativdiagnostik	400				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Myelographien	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Katheterangiographien	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- CT von Gehirn und Liquorräumen	500				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- CT von Schädelbasis und Hals	500				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- CT von Wirbelsäule und Rückenmark	500				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Neuroradiologie

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
	- CT des muskuloskelettalen Systems	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- CT-Angiographien	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erstellung und Anwendung von CT-Untersuchungsprotokollen für neuroradiologische Fragestellungen und CT-Verfahren einschließlich der Wahl der geeigneten Kontrastmittel					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchungstechnik der angiographischen Verfahren der supraaortalen, kraniellen und spinalen Gefäße auch mittels Rotationstechnik und Volumen-CT				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5. Magnetresonanztomographie								
Grundlagen der MR-Spektroskopie in der Neuroradiologie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikation, Durchführung und Befunderstellung von Magnetresonanztomographien bei neuroradiologischen Fragestellungen einschließlich Datennachverarbeitung und Auswertung diagnostischer, dynamischer, funktioneller und spektroskopischer MRT-Verfahren, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Neuroradiologie

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
	- Gehirn und Liquorräume	500				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Schädel und Hals	500				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Wirbelsäule und Rückenmark	500				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- muskuloskelettales System	300				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- MRT-Angiographien	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erstellung und Anwendung von MRT- Untersuchungsprotokollen für neuroradiologische Fragestellungen und MRT-Verfahren einschließlich der Wahl der geeigneten Kontrastmittel					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sonographie								
Ultraschalluntersuchungen einschließlich Doppler-/ Duplex- Untersuchungen der extrakraniellen hirnversorgenden und intrakraniellen Gefäße einschließlich der Anwendung von Kontrastmitteln				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Neuroradiologie

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
7. Interventionelle Neuroradiologie/bildgeführte minimal-invasive Therapie								
	Indikation, Durchführung und Befunderstellung von interventionellen neuroradiologischen Verfahren einschließlich Begleittherapie und Maßnahmen der Nachsorge, davon	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- rekanalisierende Eingriffe, z. B. mechanische Thrombektomie, intraarterielle Lyse, PTA, Stent	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- gefäßverschießende Eingriffe, z. B. Embolisation, Coiling	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- perkutane Therapie oder Biopsie bei Gefäßmissbildungen, Tumoren oder bei Schmerzzuständen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikationen und Technik der Vertebroplastie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten