

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

33. Gebiet Transfusionsmedizin

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

(Transfusionsmediziner/Transfusionsmedizinerin)

Gebietsdefinition	<p>Das Gebiet Transfusionsmedizin umfasst als klinisches Fach die hämotherapeutische Behandlung von Patienten sowie die Erfüllung von Aufgaben in der Vorbereitung, Durchführung und Bewertung hämotherapeutischer und transplantationsmedizinischer Maßnahmen, die Auswahl und medizinische Betreuung von autologen und allogenen Blut-, Zell- und Gewebespendern, die Herstellung, Prüfung und Weiterentwicklung biologischer Arzneimittel wie allogener und autologer zellulärer und plasmatischer Blut-, Zell-, Gewebe- und Stammzellpräparate, die Beurteilung der Histokompatibilität allogener Zell-, Gewebe- und Organtransplantate sowie die Durchführung von transfusionsmedizinischen Therapieverfahren einschließlich therapeutischer Hämapheresen am Patienten.</p>
Weiterbildungszeit	<p>60 Monate Transfusionsmedizin unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon</p> <ul style="list-style-type: none"> • müssen 18 Monate zum strukturierten Kompetenzerwerb in anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden - können zum strukturierten Kompetenzerwerb bis zu 6 Monate Weiterbildung in Laboratoriumsmedizin und/oder Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie und/oder Infektiologie erfolgen

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

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)	selbstver- antwortlich durchführen	nicht vermittelt
A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B								
B. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Transfusionsmedizin								
1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Transfusionsmedizin								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Organisation des Blutspendewesens und für den Verkehr von Blutkomponenten und Plasmaderivaten, auch im Not- und Katastrophenfall				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Organisation des Transplantationswesens und der Allokation von Zellen, Geweben und Organen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Labor- und Qualitätsmanagement				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Dokumentation im Rahmen von Hämo-, Zell- und Gewebetherapien sowie Transplantationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

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
	Teilnahme an Sitzungen der Transfusionskommissionen und/oder Transplantationskommissionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Notfallbehandlungen								
Hämotherapie bei hämolytischen Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Hämostyptische Therapien bei Blutungsneigung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Organisation von Notfall-Transfusionen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Herstellung von Spezialpräparaten für Notfälle, davon	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- zelluläre Präparate	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Planung der Bereitstellung, Durchführung und Überwachung hämotherapeutischer Maßnahmen einschließlich Massivtransfusionen und Maßnahmen zur Blutstillung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung von notfallmedizinischen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Spende					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

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
	Erfassung und Behandlung von Nebenwirkungen im Rahmen der Hämo-, Zell- und Gewebetherapie sowie bei Transplantationen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Entzündungen und Infektionen								
Infektionen durch transfusionsmedizinisch bedeutsame Erreger einschließlich deren Erkennung, Epidemiologie, Behandlung und Prophylaxe				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Behandlung von Infektionen durch Blutprodukte, somatische Zelltherapeutika, Gentherapeutika und andere biologische Arzneimittel				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Behandlung infektionsassoziierter Blutungen, z. B. bei Sepsis oder Multiorganversagen sowie transfusionsassoziierter Infektionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Infektionen durch zelluläre Therapien, z. B. Granulozyten, Antigen-spezifische T-Zellen oder modifizierte Effektorzellen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

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 Befunderstellung spezieller infektiologischer Untersuchungen mit serologischen, biochemischen und molekulargenetischen Methoden	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Alters-, geschlechts- und kulturspezifische Erkrankungen								
Schwangerschaftsspezifische Immunisierungen und transfusionsmedizinisch relevante Erkrankungen, insbesondere Alloimmunisierung gegen Blutgruppen- und Gewebemerkmale, Morbus hämolyticus neonatorum (MHN) sowie peripartale Koagulopathie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Immunhämatologische Diagnostik in der Schwangerschaft, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- in der Schwangerschaftsvorsorge	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bei feto-maternaler Inkompatibilität	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pädiatrische Hämotherapie, insbesondere Blutgruppen-Inkompatibilität, angeborene Defekte der Hämatopoese und des Immunsystems sowie intrauterine Hämotherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

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
	Hämotherapeutische Behandlung, z. B. bei MHN, neonataler Autoimmunthrombozytopenie (NAIT), Haemolysis-Elevated Liver Enzyme-Low Platelet (HELLP)-Syndrom					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Organisation der Hämotherapie bei Herstellung und Bereitstellung von Spezialpräparaten für die fetale und pädiatrische Transfusion	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersspezifische Transfusionsmedizin und Transplantationsverfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Allokation von Organen, Geweben oder Stammzellen nach Geschlecht und Alter					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tumorerkrankungen								
Hämato-onkologische Erkrankungen, solide Malignome einschließlich der Behandlungsoptionen funktioneller Störungen sowie Bildungs- und Abbaustörungen von Blutzellen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Planung und Bereitstellung onkologischer Hämotherapien, z. B. unter Berücksichtigung der Immunkompetenz zur Infektionsabwehr (z. B. CMV) und Vermeidung einer Graft-versus-Host Disease (z. B. Blutproduktebestrahlung)	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

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 Immuntherapie und der Behandlung von Malignomen durch Blutprodukte, somatische Zelltherapeutika, Gentherapeutika und andere biologische Arzneimittel				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Zelluläre Therapieoptionen bei Tumorerkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung von Tumorerkrankungen durch die Herstellung und unmittelbare Anwendung zellulärer Arzneimittel wie Lymphozyten, Antigen-spezifische T-Zellen oder modifizierte Effektorzellen einschließlich der die Anwendung begleitenden Diagnostik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Transplantation								
Grundlagen der Transplantationsimmunologie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Planung und Bereitstellung von Hämotherapien im Rahmen von Transplantationen, z. B. bei AB0-Blutgruppenwechsel bei Stammzelltransplantation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allokation von Organen, Geweben oder Stammzellen, z. B. nach Histokompatibilität und Immunstatus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

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. Blut-, Zell- und Gewebespende und Herstellung von biologischen Arzneimitteln								
	Spenderaufklärung und -information sowie Spendervorbehandlung und -konditionierung für spezielle Spende- und Entnahmeverfahren, z. B. periphere Blutstammzellen und Knochenmark					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spenderauswahl bei besonderen Populationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikation, Differenzierung, Stimulation, Modifikation biologischer Arzneimittel, z. B. von differenzierten Zellen, Stammzellen, Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMP), Geweben und plasmatischen Bestandteilen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Spenderauswahl, Gewinnung, Präparation, Prüfung, Freigabe, Lagerung, Transport und Entsorgung biologischer Arzneimittel					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfahren zur Pathogenreduktion und -inaktivierung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Autologe Hämotherapie und alternative blutsparende Verfahren, z. B. intraoperative maschinelle Autotransfusion				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

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 von allogenen und autologen Blut- und Apheresespenden, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Vollblutspenden	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- präparative Hämapheresen, z. B. Plasmaspenden, Zytapheresenspenden	40				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- hämatopoetische Stammzellspenden	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitwirkung bei Knochenmarkentnahmen für therapeutische Zwecke					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herstellung von allogenen und autologen biologischen Arzneimitteln, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Blutprodukte aus Vollblutspenden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Blutprodukte aus präparativer Hämapherese					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- andere Blutprodukte, z. B. autologe Serum-Augentropfen und Thrombozytenlysate					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- zelluläre Arzneimittel und Präparationen aus Stammzellen, Vorläuferzellen und Immunzellen einschließlich Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Präparation von Blutkomponenten und Zelltherapeutika	5.000				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

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
	Bearbeitung und Bewertung von Rückverfolgungsverfahren	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Mobilisierung von peripheren Blutstammzellen bei allogenen und autologen Spendern sowie von Granulozyten bei allogenen Spendern				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Entnahme von Vorläuferzellen mittels Knochenmarkpunktion				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Evaluation, Standardisierung und Validierung transfusionsmedizinisch relevanter Verfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
8. Diagnostische Verfahren								
Grundlagen der immunhämatologischen, infektiologischen, immunologischen, hämostaseologischen, molekulargenetischen, zytometrischen, klinisch-chemischen sowie immungenetischen und Histokompatibilitäts-Diagnostik				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

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
	Auswahl und Anwendung von Untersuchungsverfahren zur Kompatibilitätsbewertung, Prognoseabschätzung und Bewertung therapeutischer Maßnahmen einschließlich technischer und medizinischer Validierung im Zusammenhang mit Transfusionen und Transplantationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nachweis und Verträglichkeitsuntersuchungen von transfusionsrelevanten Antigenen und Antikörpern sowie der zugrundeliegenden Gene					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nachweis und Verträglichkeitsuntersuchungen von transplantationsrelevanten Antigenen und Antikörpern sowie der zugrundeliegenden Gene					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik von Erkrankungen durch erythrozytäre Auto- oder Alloantikörper, davon	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Mehrfachantikörper in mehr als 2 Blutgruppensystemen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik bei Spendern und Patienten einschließlich molekulargenetischer Verfahren, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- infektiologische Labordiagnostik bei Spendern	5.000				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

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
	- infektiologische Labordiagnostik bei Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- hämostaseologische und klinisch-chemische Diagnostik	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- immunhämatologische Blutgruppen-Diagnostik, davon	5.000				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- in mindestens 5 Blutgruppensystemen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- transplantationsimmunologische Diagnostik, davon	150				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- HLA-Typisierungen (Klasse I, Klasse II), davon	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- mit Haplotyp-Zuordnung in Kernfamilie	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- weitere transplantationsrelevante Merkmale					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Verträglichkeitsproben im Zusammenhang mit Transfusionen und Transplantationen	5.000				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPA-Inkompatibilität und Abklärung von transfusionsassoziierter akuter Lungeninsuffizienz (TRALI)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

 Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

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
Genetische Segregationsanalysen bei Familienmitgliedern mittels immungenetischer Methoden				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur fachgebundenen genetischen Beratung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Therapeutische Verfahren								
Grundlagen der Behandlung mit Blutprodukten, weiteren Zellen, Geweben und Organen sowie transfusionsmedizinischer Therapieverfahren und Interventionen einschließlich zellulärer und plasmatischer Depletionsverfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Durchführung von Transfusionen mit Blutkomponenten, Zelltherapeutika und Plasmaderivaten, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Transfusion erythrozytärer Blutkomponenten	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Transfusion nicht-erythrozytärer Blutkomponenten	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Austauschtransfusion (erythrozytär und plasmatisch)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

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
	Hämotherapie bei Erkrankungen mit Destruktion von Blutzellen, z. B. bei immunhämolytischen Anämien oder Immunthrombozytopenien					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Management der patientenindividualisierten Hämotherapie	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autologe hämotherapeutische Maßnahmen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapeutische Apherese für zelluläre und plasmatische Bestandteile, z. B. Leukozytapherese, Erythrozytapherese, Thrombozytapherese, extrakorporale Photopherese, Plasma-Apherese und Plasma-Austausch, Verfahren der Immunadsorption				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Durchführung von therapeutischen Apheresen	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Transfusionsmedizinische und transplantationsimmunologische Konsile im Zusammenhang mit der Therapie mit Blutprodukten, weiteren Zellen, Geweben und Organen sowie transfusionsmedizinischer Therapieverfahren und Interventionen einschließlich zellulärer und plasmatischer Depletionsverfahren	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin

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
	Beratung von Ärzten im Zusammenhang mit der Transfusion von Blutkomponenten einschließlich der Abklärung von Abweichungen und unerwünschten Reaktionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hämostasestörungen								
Grundlagen der Behandlung funktioneller Störungen des Gerinnungssystems (zellulär, plasmatisch, fibrinolytisch)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Thrombozytopathien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Erkrankungen aus dem Formenkreis der Koagulopathien, insbesondere Hämophilie und Thrombophilie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Klinisch-hämostaseologische Konsile	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten