

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Urologie

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

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

### 34. Gebiet Urologie

#### Facharzt/Fachärztin für Urologie

(Urologe/Urologin)

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Gebietsdefinition</b>  | Das Gebiet Urologie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen, Funktionsstörungen, Fehlbildungen und Verletzungen des männlichen Urogenitalsystems und der weiblichen Harnorgane. |
| <b>Weiterbildungszeit</b> | <b>60 Monate</b> Urologie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon<br>- können zum strukturierten Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen   |

### Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse                       | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt |
|---|--|-----------|---|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|---------------------|
| <b>A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B</b>      |  |           |   |                                |   |                                     |  |                     |
| <b>B. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Urologie</b>   |  |           |   |                                |   |                                     |  |                     |
| <b>1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Urologie</b> |  |           |   |                                |   |                                     |  |                     |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Urologie

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

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse  | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|--|--|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
| Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien  |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|  | Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie sowie enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Lokal- und Regionalanästhesien   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Chirurgische Techniken und Instrumentengebrauch, insbesondere Inzision, Präparation, Retraktion, Naht- und Knotentechniken einschließlich Laseranwendung unter Berücksichtigung der verschiedenen Gewebestrukturen |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Grundlagen proktologischer Erkrankungen und der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung               |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| <b>2. Fachgebundene genetische Beratung</b>  |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| 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"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Urologie

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

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse  | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|--|---|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
| 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"/> |
| <b>3. Notfälle</b>   |   |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Ursachen, Symptomatik, Management, Verlauf urologischer Notfälle und deren Folgezustände   |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| Management bei polytraumatisierten Patienten   |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|  | Behandlung urologischer Notfälle  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Anlage eines suprapubischen Blasenkatheters   | 25        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Anlage eines transurethralen Katheters  | 100       |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Evakuierung einer Blasentamponade   | 25        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Urologie

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

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse                                  | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten                 | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|--|--|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
| <b>4. Blasenfunktionsstörungen</b>   |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
|  | Behandlung von Blasenfunktionsstörungen einschließlich Inkontinenz |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Operative ablative Therapie der Prostatahyperplasie                | 30        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Operative Therapie der Harnröhrenstriktur                          | 10        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>5. Steintherapie</b>  |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Prävention, Epidemiologie, Bildung, Diagnostik und Metaphylaxe von Harnsteinen |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|  | Therapie von Steinerkrankungen, davon                              |           |  |                                | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - Kolikbehandlung  |           |  |                                | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - medikamentöse Steintherapie                                      |           |  |                                | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - Einlage einer Ureterschiene                                      | 40        |  |                                | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - Anlage einer perkutanen Nephrostomie                             | 20        |  |                                | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - endourologische Eingriffe, davon                                 | 30        |  |                                | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - Ureterorenoskopie  |           |  |                                | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - perkutane Nephrolitholapaxie                                     |           |  |                                | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie  |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Urologie

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

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse   | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|---|---|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
| <b>6. Andrologische Krankheitsbilder</b>  |   |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Symptome und Diagnostik einschließlich Interpretation bildgebender andrologischer Verfahren und Laboruntersuchungen, z. B von erektiler Dysfunktion, Penisserkrankungen, Hypogonadismus, Fertilitätsstörungen, Gynäkomastie |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|   | Spermiogramme nach WHO-Standard   | 10        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Sterilisation und (Re-)Fertilisierung des Mannes  |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|   | Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung bei Sterilität und sonstigen andrologischen Erkrankungen |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Andrologisch relevante operative Eingriffe am äußeren Genitale  | 40        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>7. Kinderurologische Krankheitsbilder</b>  |   |           |  |                                |   |                                     |  |                          |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Urologie

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

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse  | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten                       | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|--|--|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
| Symptomatik, Diagnostik, medikamentöse und operative Therapie von kindlichen Fehlbildungen, Funktionsstörungen und Neoplasien des Urogenitaltraktes, z. B. Genitalfehlbildungen, Refluxerkrankungen und sexuelle Differenzierungsstörungen |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|  | Zirkumzisionen   | 15        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | Orchidolysen und/oder Orchidopexien                                      | 5         |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Grundlagen von Biofeedbackverfahren und Konditionierungsverfahren bei kindlicher Enuresis  |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| <b>8. Geriatrische Krankheitsbilder</b>  |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im Alter im urologischen Kontext  |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|  | Spezielle Therapie von Inkontinenz und Blasenfunktionsstörungen im Alter |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Besonderheiten der Diagnostik, Therapie und Prognose urologischer Tumorerkrankungen im Alter   |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Urologie

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

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

| <b>Kognitive und Methodenkompetenz</b><br>Kenntnisse   | <b>Handlungskompetenz</b><br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | <b>Richtzahl</b> | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|--|--|------------------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
| <b>9. Nierenfunktionsstörungen</b>   |  |                  |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Ursachen, Symptome, Stadien, Diagnostik und Therapie bei akutem und chronischem Nierenversagen |  |                  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| Grundlagen und Indikation zur Nierenersatztherapie mit Dialyse und Nierentransplantation       |  |                  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| <b>10. Tumorerkrankungen</b>   |  |                  |  |                                |   |                                     |  |                          |
|  | Diagnostik und stadiengerechte konservative und operative Therapie von Karzinomen der Niere und des Urogenitaltraktes, davon |                  |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - Operation beim Nierentumor   | 5                |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - transurethrale Therapie des Blasen tumors  | 40               |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - Ablatio testis bei Hodentumor  | 5                |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|  | - transrektale sonographisch gesteuerte Prostatabiopsie  | 15               |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Nebennierentumore und Sarkome des Urogenitaltraktes  |  |                  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| Grundlagen der Therapie bei Knochenmetastasen  |  |                  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Urologie

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

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse   | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|---|--|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|   | Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten                                       |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>11. Sexualmedizinische Störungen</b>   |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Grundlagen des bio-psycho-sozialen Sexualitätsmodells, der somato- und psychosexuellen Entwicklung über die Lebensspanne, sexueller Traumatisierungen und deren Auswirkungen einschließlich Paarkonflikt- und Beziehungsstörungen |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|   | Sexualanamnese   | 10        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Diagnostik und Therapie von sexuellen Funktionsstörungen beim Mann                                   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Bedarfsgerechte Kommunikation über Sexualität und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>12. Diagnostische Verfahren</b>  |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
|   | Urethrozystoskopie   | 50        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Stellenwert nuklearmedizinischer Verfahren, insbesondere Nieren- und Skelettszintigraphie   |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |

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



# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Urologie

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

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|---|---|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|   | Durchführung und Befunderstellung von Röntgenuntersuchungen, insbesondere retrograde Urethrographie, Miktionszysturethrographie, Zystographie, i. v. Urographie, retrograde Ureteropyelographie | 50        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Indikation, Durchführung und Befunderstellung der intraoperativen radiologischen Befundkontrolle  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Indikationsstellung und Befundinterpretation weiterer bildgebender Verfahren  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Untersuchungen von Urin und Ejakulat, insbesondere von quantitativen und semi-quantitativen Urintestverfahren   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Urodynamische Untersuchungen, davon   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - invasiv   | 20        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Durchführung von Ultraschalluntersuchungen, insbesondere  | 300       |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Niere   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Blase   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Hoden   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Urologie

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

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|---|---|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|   | - Penis   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Abdomen   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Retroperitoneum   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Ultraschallgestützte Interventionen   | 10        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Transrektale Ultraschalluntersuchungen der Prostata   | 80        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Ultraschallgestützte Biopsien   | 15        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Indikationsstellung und Befundinterpretation von urinzytologischen Untersuchungen   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>13. Therapeutische Verfahren</b>           |   |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
|   | Erste Assistenz bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade, insbesondere radikale Prostatektomie, radikale Zystektomie mit Harnableitung, Nierentumoreingriffe, retroperitoneale Lymphadenektomie | 50        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Einleitung funktioneller Rehabilitationsmaßnahmen nach Radikaloperationen   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Versorgung bei Harnableitungsverfahren einschließlich Stomaversorgung und -pflege   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Urologie

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

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse   | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|---|--|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|   | Anleitung zu Selbst-/Fremdkatheterismus  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Anleitung zur Inkontinenztherapie,<br>insbesondere Toilettentraining, Urotherapie<br>und Beckenbodentraining |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>14. Prävention</b>   |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Genese und Bedingungen von<br>Gesundheit und Gesundheitsrisiken von<br>Jungen und Männern |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|   | Durchführung von urologischen<br>Früherkennungsuntersuchungen  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>15. Infektionen</b>  |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
|   | Urinmikroskopische Untersuchungen, davon   | 50        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - nativ  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Färbeverfahren   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Diagnostik und Therapie von urogenitalen<br>Infektionen einschließlich sexuell<br>übertragbarer Erkrankungen |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Urinmikrobiologische Kulturverfahren<br>einschließlich Qualitätskontrolle                                    | 200       |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>16. Medikamentöse Tumorthherapie und Supportivtherapie</b>                             |  |           |  |                                |   |                                     |  |                          |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Urologie

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

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse                     | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|---|--|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|   | Interdisziplinäre Indikationsstellung zu chirurgischen, strahlentherapeutischen, interventionellen und nuklearmedizinischen Behandlungsverfahren   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Tumorkonferenzen, davon  |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - Falldarstellungen  | 20        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Pharmakologie und Wirkungsweise von medikamentösen Tumortherapien |  |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|   | Indikationsstellung zur medikamentösen Tumortherapie unter Berücksichtigung von Komorbiditäten   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Planung und Überwachung der medikamentösen Therapie bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes einschließlich der Prävention, Erkennung und Behandlung spezifischer Nebenwirkungen von Tumortherapeutika |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Medikamentöse Therapie bei Patienten mit Tumoren des Fachgebietes in Behandlungsfällen, davon  | 100       |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - zytostatisch   | 50        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Urologie

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

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

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse   | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | Richtzahl | nachgewiesene<br>Zahlen/<br>Richtzahl<br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|---|---|-----------|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|   | - zielgerichtet   | 20        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - immunmodulatorisch  | 30        |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|   | - antihormonell   |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Aspekte der Nachsorge bei medikamentöser Tumorthherapie   |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| Grundlagen der Supportivtherapie und Rehabilitation bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes  |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
|   | Prophylaktische und interventionelle Supportivtherapie, insbesondere Antiemese, Ernährungsberatung und Diätetik einschließlich enteraler und parenteraler Ernährung, Infektionsprophylaxe und Therapie von Infektionen, Antikoagulation |           |  |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>17. Strahlenschutz</b>   |   |           |  |                                |   |                                     |  |                          |
| Grundlagen der Strahlenbiologie und Strahlenphysik bei der Anwendung ionisierender Strahlen am Menschen   |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| Grundlagen des Strahlenschutzes beim Patienten und Personal einschließlich der Personalüberwachung und des baulichen und apparativen Strahlenschutzes |   |           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  | <input type="checkbox"/> |

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Urologie

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

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

| <b>Kognitive und Methodenkompetenz</b><br>Kenntnisse | <b>Handlungskompetenz</b><br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | <b>Richtzahl</b> | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern<br>gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | nicht<br>vermittelt      |
|--|---|------------------|---|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------|
|  | Voraussetzungen zur Erlangung der<br>erforderlichen Fachkunden im gesetzlich<br>geregelten Strahlenschutz |                  |   |                                |   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |

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