

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

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

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

## 5. Gebiet Augenheilkunde

### Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

(Augenarzt/Augenärztin)

<b>Gebietsdefinition</b>	Das Gebiet Augenheilkunde umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation der anatomischen und funktionellen Veränderungen des Sehorgans und seiner Adnexe einschließlich der Optometrie und der plastisch-rekonstruktiven Operationen in der Periorbitalregion.
<b>Weiterbildungszeit</b>	<b>60 Monate</b> Augenheilkunde unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten

### Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
<b>A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B</b>								

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
<b>B. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Augenheilkunde</b>								
<b>1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Augenheilkunde</b>								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung einschließlich formulargebundener Gutachten, z. B. augenärztliche Führerscheingutachten	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infiltrations- und Regionalanästhesien, davon	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- subkonjunktivale, parabolbulbäre oder retrobulbäre Anästhesien	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Ergo-, Sport- und Verkehrsophthalmologie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Tropenophthalmologische und reisemedizinische Augenerkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>2. Fachgebundene genetische Beratung</b>								

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
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"/>
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"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
<b>3. Notfälle</b>								
	Diagnostik und Therapie augenärztlicher Notfallsituationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung polytraumatisierter Patienten im interdisziplinären Team					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Lider, Tränenwege und Orbita</b>								
	Diagnostik und konservative Therapie entzündlicher, degenerativer und tumoröser Erkrankungen der Lider, Tränenwege und der Orbita					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Operative Eingriffe, z. B. plastisch-chirurgische Operationen des Entropiums, des Ektropiums, der Blepharochalasis, des Chalazions, Dehnung und Strikturspaltung der Tränenwege	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Erste Assistenz bei Enukleationen und komplexen plastisch-rekonstruktiven und ästhetischen Eingriffen an Lidern, Tränenwegen und Orbita					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Bindehaut, Hornhaut und Sklera</b>								
	Diagnostik und konservative Therapie entzündlicher, degenerativer, dystrophischer und tumoröser Erkrankungen der Bindehaut, Hornhaut und Sklera					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einfache chirurgische Eingriffe an Bindehaut und Hornhaut, z. B. Fremdkörperentfernung, Wundnaht, Parazentese	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erste Assistenz bei komplexen intraokularen Eingriffen an Bindehaut und Hornhaut, z. B. Keratoplastik, Amnionmembrantransplantation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Uvea, Retina und Glaskörper</b>								

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Diagnostik und konservative Therapie von entzündlichen, degenerativen, dystrophischen und tumorösen Erkrankungen an Uvea, Retina und Glaskörper					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Laserchirurgische Eingriffe an der Retina	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intravitreale operative Medikamenteneinbringungen	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erste Assistenz bei Eingriffen an der Netzhaut und am Glaskörper, z. B. Vitrektomie, Amotiooperation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Endokrine Störungen</b>								
	Diagnostik und Therapie der Augenbeteiligung bei endokrinen Störungen, z. B. endokrine Orbitopathie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Untersuchungen der gesamten Netzhaut bei Diabetes mellitus	150				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
<b>8. Strabologische, kinder- und neuro-ophthalmologische Erkrankungen</b>								
	Ophthalmologische Abklärung von Kopfschmerzen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung der Erkrankungen, Funktionsstörungen und Verletzungen des Sehorgans, der Sehbahn und der Hirnnerven einschließlich deren Komplikationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung paretischer und nicht paretischer Stellungs- und Bewegungsstörungen der Augen, der okulären Kopfwangshaltungen und des Nystagmus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung kindlicher Sehschwächen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chirurgische Eingriffe an geraden Augenmuskeln	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Erste Assistenz bei Augenmuskeloperationen höheren Schwierigkeitsgrades					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Tumorerkrankungen</b>								
	Diagnostik und Therapie der gutartigen und bösartigen Tumoren des Auges, der Lider, der Tränenwege und der Orbita, sowie Augen- und Orbitametastasen anderer Malignome					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Prävention und Rehabilitation</b>								
	Untersuchungen zur Früherkennung, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Amblyopie	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Glaukom	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Makuladegeneration	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Beratung zu Risikofaktoren für eine Entwicklung von Amblyopie, Glaukom und Makuladegeneration					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einleitung von rehabilitativen Maßnahmen bei Sehbehinderten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung über und Anpassung von vergrößernden Sehhilfen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Diagnostische Verfahren</b>								
	Durchführung und Befunderstellung von Untersuchungsverfahren an allen Augenabschnitten, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Spaltlampenuntersuchung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Ophthalmoskopie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Augeninnendruckmessung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Gonioskopie	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- sonographische Untersuchungen des Auges und seiner Adnexe	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	- Biometrien der Achsenlänge des Auges	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- elektrophysiologische Untersuchungen	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Fluoreszenzangiographie	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- optische Kohärenztomographie und/oder Papillentomographie	300				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Hornhautdickenmessung, sonographisch oder optisch	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Keratometrien oder Hornhauttopografien	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Hornhautendothelmikroskopie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. Optometrie</b>								
	Optometrische Untersuchungstechniken, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	- subjektive und objektive Refraktionsbestimmung bei Erwachsenen und Kindern					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Skiaskopie bei Kindern im Vorschulalter	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Bestimmung und Brillenkorrekturen von Refraktionsfehlern	250				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Durchführung und Befunderstellung von Untersuchungen verschiedener Funktionen des Sehvermögens, z. B. des Gesichtsfeldes, des Farbsinns mit Anomaloskop und anderen Verfahren, des Kontrast- oder Dämmerungssehens	300				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Abgleich von funktionellen Befunden mit den morphologischen Befunden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kontaktlinsenanpassungen und Kontaktlinsenkontrollen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. Glaukomerkrankungen</b>								
	Diagnostik und konservative Therapie von Glaukomen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Operative Eingriffe bei Glaukom, z. B. Laser-Iridotomie, Trabekuloplastik, Zyklodykryokoagulation, Zyklofotokoagulation	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erste Assistenz bei komplexen Eingriffen bei Glaukom, z. B. Trabekulektomie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. Linse und refraktive Chirurgie</b>								
	Diagnostik der Katarakt und anderer Linsenerkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Laserchirurgische Eingriffe am Vorderabschnitt des Auges, z. B. Kapsulotomie	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Indikationsstellung für refraktiv-chirurgische Verfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erste Assistenz bei Eingriffen an der Linse und bei refraktiv-chirurgischen Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15. Ophthalmopathologie</b>								
Grundlagen der feingeweblichen Untersuchung des Auges und seiner Anhangsgebilde				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Abgleich von histopathologischen Befunden mit morphologischen Untersuchungsbefunden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einordnung von histologischen Befunden des Auges und seiner Anhangsgebilde in das Krankheitsbild	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

---

## Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

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

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

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