

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

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

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

### 7.2 Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

(Gefäßchirurg/Gefäßchirurgin)

<b>Gebietsdefinition</b>	Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.
<b>Weiterbildungszeit</b>	<b>72 Monate</b> im Gebiet Chirurgie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon <ul style="list-style-type: none"> <li>• müssen 48 Monate in Gefäßchirurgie abgeleistet werden</li> <li>• müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden</li> <li>• müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden</li> <li>- können zum strukturierten Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen</li> </ul>

#### Übergangsbestimmung:

Kammermitglieder, die über das Recht zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Gefäßchirurgie verfügen, sind berechtigt, stattdessen die Facharztbezeichnung für Gefäßchirurgie zu führen.

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

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

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

### 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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
<b>A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt</b>								
<b>B. Gemeinsame Inhalte der Facharzt-Weiterbildungen im Gebiet Chirurgie</b>								
<b>1. Übergreifende Inhalte im Gebiet Chirurgie</b>								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<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"/>
	Chirurgische perioperative Behandlung einschließlich Vorbereitung, Lagerungstechniken, Nachsorge und Komplikationsmanagement sowie Indikationsstellung zu weiterführenden Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

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

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

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachge- wiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Techniken der temporären Ruhigstellung und Fixationsverbände				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von Thrombosen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilung und Narbenbildung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Wundmanagement und stadiengerechte Wundtherapie sowie Verbandslehre einschließlich verschiedene Wundauflagen, Unterdruck- und Kompressionstherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Defektdeckung bei akuten und chronischen Wunden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der medikamentösen Tumorthherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scoresysteme und Risikoeinschätzung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>2. Lokalanästhesie und Schmerztherapie</b>								
	Lokal- und Regionalanästhesien					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

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
	Abklärung peri- und postoperativer Schmerzzustände					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie nach dokumentierten Schmerztherapieplänen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Patienten mit komplexen Schmerzzuständen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Injektionen und Punktionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Notfall- und Intensivmedizin</b>								
	Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschließlich lebensrettender Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kardiopulmonale Reanimation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathophysiologie von schweren Verletzungen, des Polytraumas und deren Folgen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur Notfall-Laparotomie und Thorakotomie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überwachung, Monitoring, Dokumentation und Betreuung von intensivmedizinischen Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

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

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

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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Differenzierte Beatmungstechniken				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Atemunterstützende Maßnahmen bei intubierten und nicht-intubierten Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beatmungsentwöhnung bei langzeitbeatmeten Patienten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung bei septischen Krankheitsbildern					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmakologie der Herz-Kreislauf-Unterstützung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zentralvenöse Zugänge	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arterielle Kanülierung und Punktionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Thorax-Drainage					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Legen eines transurethralen und/oder suprapubischen Katheters					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Gefäßchirurgie</b>								

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

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
<b>1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Gefäßchirurgie</b>								
Erkrankungen, Verletzungen, Infektionen und Fehlbildungen bei Arterien, Venen und Lymphgefäßen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Periinterventionelle Behandlung						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur fachbezogenen humangenetischen Beratung						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Gefäßchirurgische Notfälle</b>								
	Diagnostik und Erstmaßnahmen bei akutem Verschluss von peripheren/zentralen Arterien, Venen und nach Gefäßeingriffen, insbesondere	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bei akutem arteriellem Verschluss bei peripherer Thrombose/Embolie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bei akutem arteriellem Verschluss bei Tourniquet-Syndrom					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

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
	- bei akutem arteriellem Verschluss bei Kompartmentsyndrom					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bei akutem Leriche Syndrom					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bei akuter viszeraler Ischämie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Operative und endovaskuläre Therapie gefäßchirurgischer Notfälle, insbesondere	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- peripherer oder zentraler Gefäßverletzung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- akuter schwerer Blutung aus zentralen und peripheren Gefäßen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Aortendissektion, Ruptur eines Aortenaneurysma					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Gefäßdissektion					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- an Viszeralarterien					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- akuter zentralneurologischer vaskulärer Notfall					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Diagnostische Verfahren</b>								
	Klinische und apparative Gefäßuntersuchungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

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
Gerinnungsphysiologische, immunologische und hämostaseologische Testverfahren und Labordiagnostik				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	B-Modus-Sonographie der peripheren Arterien und Venen	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CW-Doppler-Sonographie der peripheren Arterien und Venen	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CW-Doppler-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Duplex-Sonographie der peripheren Arterien	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Duplex-Sonographie der peripheren Venen	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Duplex-Sonographie der abdominellen, retroperitonealen und mediastinalen Gefäße	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikation, Durchführung und Befunderstellung der intraoperativen und intraprozeduralen radiologischen Befundkontrolle					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

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
	Indikationsstellung und Befundinterpretation weiterer bildgebender Verfahren, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Angiographien einschließlich interventioneller Verfahren, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Digitale Subtraktionsangiographie (DSA)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- CT-Angiographie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- MR-Angiographie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Planung von endovaskulären Eingriffen einschließlich Beurteilung und Ausmessung von Schnittbildiagnostik	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Offen-operative und endovaskulär-therapeutische Verfahren</b>								
	Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Weichteil-Drainagen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anlage und Korrektur von getunnelten zentralvenösen Kathetern und Portsystemen	30				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

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
	Anlage und Korrektur von Dialyse-Shunts	30				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gliedmaßen- und Grenzzonenamputation, operative Behandlung des diabetischen Fußsyndroms und operative Ulkusbehandlung einschließlich Defektdeckung	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombolytische Verfahren in Arterien und Venen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Revaskularisierende und rekonstruierende Eingriffe an supraaortalen Arterien, davon	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- offene Eingriffe	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Revaskularisierende und rekonstruierende Eingriffe im brachialen, femoro-poplitealen und cruro-pedalen Gefäßabschnitt	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Revaskularisierende und rekonstruierende Eingriffe an thorakalen, aortalen, viszeralen und iliakalen Gefäßen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endovaskuläre Eingriffe, auch in interdisziplinärer Kooperation, davon	60				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- an peripheren Arterien	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

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
	- an der Aorta	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurovaskuläre Kompressionssyndrome				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Methoden und Techniken der endovaskulären Embolisation und Okklusion bei Gefäßerkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erste Assistenz bei operativen Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade, z. B. komplexe intrathorakale und intraabdominale Rekonstruktionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Phlebologische Therapie</b>								
	Eingriffe am Venensystem, davon	60				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- offen chirurgisch, z. B. Varizen-Stripping, Perforatorligaturen, Seitenastexhairese	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- endovenös, Sklerosierungsverfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Periprozedurale und operative Therapie des postthrombotischen Syndroms					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

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

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

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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	Periprozedurale Behandlung von sekundären venösen und lymphatischen Ödemen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primäre venöse und lymphatische Ödeme				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>6. Perioperative Gefäßmedizin</b>								
	Perioperative Therapie gefäßmedizinischer Erkrankungen einschließlich Infusionstherapie mit vasoaktiven Substanzen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahmen der Primärprävention von Gefäßerkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Beratung einschließlich Basismaßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention von Gefäßerkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturierte Raucherentwöhnung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>7. Vaskuläre Malformationen</b>								
	Klinische und sonographische Diagnostik von vaskulären Malformationen einschließlich Gefäßtumoren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

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

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

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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Therapieoptionen bei Gefäßmalformationen und von gebietsbezogenen Tumoren, z. B. konservativ, endovaskulär, lasergestützt und operativ				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>8. Septische Gefäßchirurgie</b>								
Septische Gefäßerkrankungen und deren Komplikationen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Einsatz autologer, allogener und xenogener Gefäßersatzmaterialien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>9. Wundmanagement bei vaskulärer Ursache</b>								
	Chirurgisches Wunddébridement	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spalthauttransplantationen	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur kausalen und lokalen Therapie sowie Management vaskulär verursachter Wunden einschließlich des diabetischen Fußsyndroms	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Strahlenschutz</b>								

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

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

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

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

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

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