

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

7.4 Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

(Kinder- und Jugendchirurg/Kinder- und Jugendchirurgin)

Gebietsdefinition	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.
Weiterbildungszeit	72 Monate im Gebiet Chirurgie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon <ul style="list-style-type: none"> • müssen 48 Monate in Kinder- und Jugendchirurgie abgeleistet werden • müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden • müssen 6 Monate in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgeleistet werden - können zum strukturierten Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

Übergangsbestimmung:

Kammermitglieder, die über die Anerkennung der Facharztbezeichnung für Kinderchirurgie verfügen, sind berechtigt, stattdessen die Facharztbezeichnung für Kinder- und Jugendchirurgie zu führen.

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B								
B. Gemeinsame Inhalte der Facharzt-Weiterbildungen im Gebiet Chirurgie								
1. Übergreifende Inhalte im Gebiet Chirurgie								
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 Kinder- und Jugendchirurgie

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
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 Tumortherapie				<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"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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
2. Notfall- und Intensivmedizin								
	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"/>
Differenzierte Beatmungstechniken				<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"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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
	Legen eines transurethralen und/oder suprapubischen Katheters					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendchirurgie								
1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendchirurgie								
Epidemiologie, Embryologie und Klassifikation typischer kinderchirurgischer Krankheitsbilder				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der neurologischen und sozialen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Besonderheiten der Ernährung im Säuglings- und Kleinkindalter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Prävention, typische Symptomatik, Früherkennung und Differentialdiagnostik kinderchirurgischer Krankheitsbilder einschließlich Beratung zur Unfallprävention im Kindes- und Jugendalter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Berufsgenossenschaftliche Heilverfahren einschließlich Durchgangsarztverfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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
	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung	3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten der Arzneimitteltherapie im Kindesalter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transition im Kontext der zugrunde liegenden Erkrankung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2. Diagnostische Verfahren								
	Klinische Untersuchung bei Kindern und Jugendlichen unter Beachtung der Besonderheiten unterschiedlicher Altersgruppen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typische, krankheitsspezifische Laborkonstellationen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Funktionsuntersuchungen, insbesondere pH-Metrie, Urodynamik, Rektummanometrie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Tracheobronchoskopie und Koloskopie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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 konventioneller Röntgenuntersuchungen					<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"/>
Diagnostische und interventionelle Möglichkeiten von CT, MRT und Angiographie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Durchführung von Ultraschalluntersuchungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- des Abdomens und des Retroperitoneums	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- der Urogenitalorgane	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- von Weichteilen und des Bewegungsapparats	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- durch die offene Fontanelle	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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
	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie einschließlich Probenentnahme und Entfernung von Fremdkörpern	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rektosigmoidoskopie einschließlich Probenentnahme und Entfernung von Fremdkörpern	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Prä- und postoperative Behandlung								
	Altersspezifische Infusionstherapie, enterale und parenterale Ernährung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur konservativen/operativen Therapie einschließlich Beratung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieoptionen und Grundlagen der Beratung bei pränatal festgestellten Fehlbildungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Abklärung peri- und postoperativer Schmerzzustände und Schmerztherapie unter differenziertem Einsatz verschiedener Methoden, z. B. patientengesteuerte Analgesie (PCA)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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 prä- und postoperativen Betreuung von Früh- und Neugeborenen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Intensivtherapie im Kindesalter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Altersspezifische Nachsorge und Langzeitbetreuung nach kinderchirurgischen Eingriffen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Einleitung physikalischer Therapien und rehabilitativer Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kinderchirurgische Notfälle								
	Erstversorgung von Platz-, Schnitt-, Stich- und Bisswunden sowie ausgedehnten Weichteilverletzungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pädiatrische Differentialdiagnosen im Notfall				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Kindspezifisches Traumamanagement und Reanimation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Legen von Drainagen, insbesondere Thoraxdrainagen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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 Punktionen, insbesondere Gelenkpunktionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lokal- und Regionalanästhesie, Analgesie und Sedierung	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Traumatologie								
	Einleitung von Maßnahmen bei Kindwohlgefährdung, Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie des leichten und mittelschweren Schädel-Hirn- Traumas					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweres Schädel-Hirn-Trauma				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Entlastung epi- und subduraler Blutungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Wachstums- und altersspezifische Besonderheiten knöcherner Verletzungen einschließlich wachstumsspezifischer Korrekturprozesse				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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 zur altersspezifischen Behandlung knöcherner Verletzungen im Kindes- und Jugendalter					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Konservative Frakturbehandlung einschließlich geschlossener Repositionen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reposition und Osteosynthese von Frakturen, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- diaphysär	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- meta- und epiphysär	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Metallentfernungen	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Konservative Therapie von parenchymatösen Organverletzungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operative Therapie von parenchymatösen Organverletzungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
6. Kopf und Hals								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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
Behandlungsprinzipien des Hydrocephalus, insbesondere der temporären und permanenten Ableitung sowie Management der Ableitungsinfektion und -dysfunktion				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Ohrmuscheldysplasie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Exstirpation gutartiger Tumore, z. B. Dermoide, Ohranhängsel	15				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exstirpation von Halsfisteln, Halszysten und Lymphknoten	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tracheostomaanlage und -versorgung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Behandlung des muskulären Schiefhalses					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Thorax								
Angeborene Fehlbildungen der Lunge und der Thoraxwand				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Persistierender Ductus arteriosus (Botalli)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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
	Thorakotomie als operativer Zugangsweg, diagnostische Thorakoskopie, atypische Lungenresektion	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erste Assistenz bei anatomischer Lungenresektion, therapeutische Thorakotomie und Thorakoskopie sowie Brustwandkorrektur	15				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen und Fehlbildungen der Speiseröhre, insbesondere Ösophagusatresie, Verätzungen, Stenosen und Funktionsstörungen, z. B. Gastroösophagealer Reflux, Achalasie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
8. Abdomen und Bauchwand								
Fehlbildungen und Funktionsstörungen von abdominalen Organen, Bauchwand und Zwerchfell				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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
	Erste Assistenz bei der Korrektur von Atresien des Gastrointestinaltraktes, Bauchwanddefekten, intestinalen Passage- und Innervationsstörungen und Zwerchfelldefekten	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eingriffe in der Bauchhöhle, insbesondere Anlage Anus praeter, Darmanastomose, Gastrostomie, explorative Laparoskopie, davon	60				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bei Säuglingen	15				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Appendektomie	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Laparotomie als operativer Zugangsweg	15				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgisches Management bei nekrotisierender Enterokolitis				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Operationstechniken der Cholecystektomie, Fundoplicatio, insbesondere laparoskopisch				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Differentialdiagnostik des akuten Abdomens, z. B. Ileus, Entzündung, Obstipation, Erbrechen, Gastroenteritis					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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
	Erste Assistenz bei Laparotomien höherer Schwierigkeitsgrade, z. B. Revisionen und abdominelle Tumoroperationen	30				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inguinale Herniotomie, davon	75				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bei Säuglingen	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herniotomie an der vorderen Bauchwand	15				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Niere, ableitende Harnwege und Geschlechtsorgane								
	Diagnostik und konservatives Management kinderurologischer Erkrankungen, insbesondere akutes Skrotum, Maldezensus testis, Harnwegsinfekte, Hämaturie, Harntransportstörungen, Fehlbildungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kinderurologische Eingriffe, insbesondere Vorhautkorrektur, Hodenfreilegung, Meatotomie, Anlage einer temporären Harnableitung	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orchidopexie einschließlich Funikolyse	30				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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
	Zystoskopie	15				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnröhrenfehlbildungen und Harntransportstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erste Assistenz bei der Korrektur von Harnröhrenfehlbildungen, Doppelnieren, Harntransportstörungen und Eingriffen zur Harnableitung, insbesondere Urethralplastik, Nierenbeckenplastik, Ureterozystoneostomie	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualdifferenzierungsstörungen (DSD)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
10. Haut und Weichteile								
	Konservative und operative Therapie entzündlicher Prozesse, insbesondere Abszess und Phlegmone					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eingriffe an Haut und Weichteilen, insbesondere bei benignen Tumoren, Ganglien, Hautanhängseln sowie Lymphknoten-Biopsie und Muskel- Probeexzision					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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
Management thermischer Verletzungen einschließlich Hauttransplantation und Hautersatz				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Behandlung thermischer Verletzungen bis Grad IIb					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narben- und Kontrakturbehandlung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
11. Hand und Fuß								
Poly- und Syndaktylien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Sehnen- und Nervenverletzungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
12. Gefäße								
Gefäßverletzungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Anlage von zentralen Venenverweilsystemen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßtumore, insbesondere Hämangiom und Lymphangiom				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie

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
13. Tumorerkrankungen								
Krankheitsbilder der pädiatrischen Onkologie und ihre Behandlung im Rahmen von Therapieprotokollen, insbesondere operative Behandlungsprinzipien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
14. Strahlenschutz								
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