

Logbuch

Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

8.2.1 Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

(Gynäkologischer Endokrinologe und Reproduktionsmediziner/Gynäkologische Endokrinologin und Reproduktionsmedizinerin)

Die Schwerpunkt-Weiterbildung Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin baut auf der Facharzt-Weiterbildung Frauenheilkunde und Geburtshilfe auf.	
Weiterbildungszeit	24 Monate Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten

Weiterbildungsinhalte der Schwerpunkt-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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
A. Spezifische Inhalte der Schwerpunkt-Weiterbildung Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin								
1. Notfälle								
	Prävention, Diagnostik und Therapie des Überstimulationssyndroms (OHSS)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Endokrine Störungen								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

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 Therapie geschlechtsspezifischer endokriner, neuroendokriner und fertilitätsbezogener Dysfunktionen, Erkrankungen und Fehlbildungen des inneren Genitale in der Pubertät, der Adoleszenz, der fortpflanzungsfähigen Phase, dem Klimakterium und der Peri- und Postmenopause					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gynäkologisch-endokrinologische Diagnostik und Therapie bei Transsexualität					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie der Fertilität und des Hormonhaushalts unter Berücksichtigung psychosomatischer Einflüsse					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie bei Störungen des Androgenhaushaltes, bei Hirsutismus, bei Störungen des Prolaktinhaushaltes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie endokrin bedingter Funktions- und Entwicklungsstörungen der weiblichen Brust					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokrin bedingte Alterungsprozesse				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
3. Unerfüllter Kinderwunsch								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

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
	Fertilitätsbezogene Beratung, Diagnostik und Therapie des Kinderwunschpaares unter Einbeziehung männlicher Anamnesedaten, Genital- und Hormonbefunde sowie Spermioqrammparameter					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung von assistierten Fertilisationsmethoden einschließlich hormoneller Stimulation, Insemination	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In-vitro-Fertilisation (IVF) und intrazytoplasmatische Spermatozoen-Injektion (ICSI)	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kryokonservierungsverfahren im Rahmen der assistierten Reproduktion	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung von körperlichen Befunden und einflussnehmenden Faktoren auf die Schwankungsbreite der Spermioqrammparameter und auf das Fertilitätspotential				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Spermioqrammanalysen und Ejakulat-Aufbereitungsmethoden und Funktionstests	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

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
Ejakulatuntersuchungen gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie der Endometriose im Rahmen der Kinderwunschbehandlung	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Größere fertilitätschirurgische Eingriffe einschließlich hysteroskopischer und laparoskopischer Verfahren, z. B. bei Endometriose, in der Tuben-, Myom- und Ovarchirurgie	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tumorerkrankungen								
Fertilitätsrelevante endokrin aktive Tumore				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Beratung zu fertilitätsprotektiven Maßnahmen bei onkologischen Erkrankungen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entnahme und Kryokonservierung von Ovargewebe und/oder Eizellen einschließlich der Vorkernstadien	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten