

Logbuch

Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

8.2.2 Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

(Gynäkologischer Onkologe/Gynäkologische Onkologin)

| | |
|--|--|
| Die Schwerpunkt-Weiterbildung Gynäkologische Onkologie baut auf der Facharzt-Weiterbildung Frauenheilkunde und Geburtshilfe auf. | |
| Weiterbildungszeit | 24 Monate Gynäkologische Onkologie 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 Onkologie | | | | | | | | |
| 1. Notfälle | | | | | | | | |
| | Behandlung von medikamentösen und operativen Komplikationen nach onkologischen Behandlungen, z. B. febrile Neutropenie, Sepsis, Ileus, Paravasat | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

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 der primären Tumorblutung | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Mitbehandlung strahlentherapeutischer Komplikationen | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tumorerkrankungen | | | | | | | | |
| | Diagnostik und Therapie bösartiger Erkrankungen des weiblichen Genitale und der Brust einschließlich hereditärer onkologischer Krankheitsbilder | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Organerhaltende oder radikale Operationen gutartiger, prämaligener oder maligner Erkrankungen der Mamma einschließlich Exploration der regionalen Lymphabflussgebiete | 100 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Organerhaltende oder radikale Operationen gutartiger, prämaligener oder maligner Erkrankungen des weiblichen Genitale sowie systematischer inguinaler, pelviner, paraaortaler Lymphonodektomie, Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SNB) einschließlich fertilitätserhaltender Maßnahmen | 100 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

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 |
|---|---|-----------|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| | Rekonstruktive Eingriffe im Zusammenhang mit onkologischen Behandlungen, insbesondere | 50 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - am weiblichen Genitale | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - an der Bauchdecke | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - an der Brust | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Indikationsstellung zur gynäkologischen Strahlentherapie | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Spezielle Rezidivdiagnostik und -behandlung | 25 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Psychoonkologische Betreuung | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Einleitung von rehabilitativen Maßnahmen | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Tumornachsorge | 50 | | | | | | |
| | Spezielle palliativmedizinische Betreuung bei Patienten mit lebenslimitierenden gynäkologischen Krankheiten | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Therapieassoziierte endokrine Dysfunktionen | | | | | | | | |
| | Beratung über die Möglichkeiten der Fertilitätserhaltung | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

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 |
|---|---|-----------|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Prävention, Differentialdiagnose und Therapieoptionen endokriner Dysfunktionen im Rahmen onkologischer Behandlung einschließlich Bewertung möglicher Risiken und Nebenwirkungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| 4. Medikamentöse Tumorthherapie und Supportivtherapie | | | | | | | | |
| | Interdisziplinäre Indikationsstellung zu chirurgischen, 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"/> |
| | - Falldarstellung | 20 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pharmakologie und Wirkungsweise medikamentöser Tumorthherapie | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |
| | Indikationsstellung zur medikamentösen Tumorthherapie unter Berücksichtigung von Komorbiditäten | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

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 |
|---|--|-----------|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| | Planung und Überwachung der medikamentösen Therapie bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes einschließlich der Prävention, Erkennung und Behandlung spezifischer Nebenwirkungen von Tumorthapeutika | | | | | <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"/> |
| | - 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"/> |
| Grundlagen der Supportivtherapie bei Tumorerkrankungen des Fachgebietes | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> |

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

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 |
|--|---|------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| | 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"/> |

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten