

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

9. Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

(Hals-Nasen-Ohren-Arzt/Hals-Nasen-Ohren-Ärztin)

Gebietsdefinition	Das Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde umfasst die Gesundheitsberatung, Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Fehlbildungen, Formveränderungen und Tumoren des Ohres, der Nase, der Nasennebenhöhlen, der Orbita, der vorderen und seitlichen Schädelbasis, der Mundhöhle einschließlich der Lippe, des Pharynx und Larynx, der Trachea, des proximalen Ösophagus, der Kopfspeicheldrüsen sowie der Weichteile mit Lymphsystem von Kopf, Gesicht und Hals und von Funktionsstörungen der in diesem Bereich gelegenen Sinnesorgane und den ihnen zugeordneten Hirnnerven sowie von Schluck-, Stimm-, Sprach-, Sprech- und Hörstörungen.
Weiterbildungszeit	60 Monate Hals-Nasen-Ohrenheilkunde unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon - können zum strukturierten Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
A. Allgemeine Inhalte der Facharztweiterbildung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde								
B. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde								
1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lokal- und Regionalanästhesie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Punktions- und Katheterisierungstechniken					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Notfälle								
Gebietsbezogene Notfälle und Traumatologie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Durchführung von Notfallmaßnahmen, insbesondere Tamponadetechniken, Koagulationen, Fremdkörperextraktionen, Hämatomentlastungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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
	Mitbehandlung polytraumatisierter Patienten im interdisziplinären Team					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Entzündungen								
	Behandlung von entzündlichen Erkrankungen sowie deren Folgen, insbesondere fortgeleiteter und rezidivierender Entzündungen sowie deren Sonderformen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung bei Immun- und Autoimmunerkrankheiten, insbesondere Granulomatosen, Kollagenosen und andere Bindegewebskrankheiten, Vaskulitiden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Alters- und geschlechtsspezifische Erkrankungen								
Erregerbedingte Tropen- und Infektionskrankheiten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, z. B. Hör- und Felsenbeinerkrankungen, Adenoidhyperplasie mit Folgeerkrankungen, Rhinosinusitiden, Larynx- und Trachealerkrankungen, Speicheldrüsenerkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur apparativen Unterstützung schwerhöriger Kinder, Einleitung und Überwachung von Therapiemaßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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
	Mitbehandlung der Mukoviszidose					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie bei Erkrankungen im Alter, insbesondere Schwerhörigkeit, Schwindel, Stimmstörungen, Schluckstörungen einschließlich Zenkerdivertikel					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Funktionelle Störungen								
	Diagnostik, konservative und operative Therapie funktioneller Störungen, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	des Hörens einschließlich Tinnitus, des Gleichgewichts und audiovisueller Wahrnehmungsstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	des Riechens und Schmeckens, der Atmung und anderer Hirnnerven sowie der Speicheldrüsen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsstörungen der Halswirbelsäule und der Kiefergelenke				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zu logopädischer, physikalischer und psychosomatischer Therapie sowie deren Überwachung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Allergische und immunologische Erkrankungen sowie Umweltmedizin								

 Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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 der Typ I - IV-Reaktionen allergischer Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik allergischer und pseudoallergischer Erkrankungen, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	kutane (Prick-)Tests, ggf. auch epi- und intrakutane Tests, unspezifische Tests, Provokationstests	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interpretation von allergologischen in-vitro Testverfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Therapie allergischer und pseudoallergischer Erkrankungen einschließlich Erstellung eines Therapieplans, z. B. Karenz, medikamentöse Therapie, spezifische Immuntherapie	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Therapie der Anaphylaxie gemäß Schweregrad einschließlich des anaphylaktischen Schocks					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufserkrankungen bedingt durch z. B. Lärm, Holz, Staub, Asbest				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Prävention, Diagnostik und Therapie von Schädigungen durch Innenraum- und Außenluftschadstoffe, kanzerogene Substanzen und Lärm sowie toxische Substanzen und druck- bzw. schallbedingte Traumata					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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
7. Gebietsbezogene Psychosomatik								
Psychogene Symptome, somatopsychische Reaktionen und psychosoziale Zusammenhänge				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Gebietsbezogene psychosomatische Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
8. Diagnostische Verfahren								
	Biopsien und Exzisionen von Hauttumoren und Hautveränderungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Histologische, zytologische und mikrobiologische Probengewinnung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation mikrobiologischer, chemischer und hämatologischer Untersuchungsverfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrophysiologische Untersuchungen einschließlich Elektromyographie und Elektroneurographie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Mikroskopische und endoskopische Untersuchungsmethoden, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohrmikroskopie und Ohrendoskopie, Rhinoskopie, Sinuskopie, Pharyngoskopie	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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
	Laryngoskopie/Stroboskopie, Tracheo-Bronchoskopie, Ösophagoskopie	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dakryozystoskopie, Tubenendoskopie, Sialendoskopie	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonographische Untersuchungen, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gesichts- und Halsweichteile	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nasennebenhöhlen	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüse (richtungweisend)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Doppler-/Duplexsonographien der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3D-Röntgendiagnostik				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation weiterer bildgebender Verfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen nuklearmedizinischer Verfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Ganzkörperplethysmographie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Audiologische Untersuchungsverfahren, insbesondere	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tonschwellen-, Sprach-, Hörfeldaudiometrie und Freifeldmessung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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
	elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA) und Diagnostik zentraler Hörstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	otoakustische Emissionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Impedanzmessungen mit Stapediusreflexmessung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tubenfunktionsprüfungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neugeborenenhörscreening und -tracking	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Untersuchungen der Halswirbelsäule				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Manometrie und pH-Metrie des Ösophagus				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Hörgeräteversorgung und deren Überprüfung	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neurootologische Untersuchungsverfahren, insbesondere	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prüfung auf Spontan- und Provokationsnystagmus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lage- und Lagerungsprüfung, insbesondere auf benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vestibulär evozierte myogene Potenziale					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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
	experimentelle Nystagmusprovokation und Nystagmographie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	spinovestibuläre, vestibulospinale und zentrale Tests					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kopf-Impulstest, Hals-Drehtest, Video-Kopfimpulstest					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Objektive Ventilationsprüfungen, z. B.	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rhinomanometrie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spirometrie, Spirographie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prüfungen von Riech- und Schmeckstörungen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sialometrie, Hirnnervenuntersuchung, Schluckdiagnostik, Tränensekretionsprüfung	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gebietsbezogene Schmerzmedizin								
	Periphere Regionalanästhesien und Nervenblockaden zur perioperativen regionalen Schmerztherapie	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pharmakologische und nicht-pharmakologische Schmerztherapie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
10. Therapeutische Verfahren								
	Intratympanale Therapie	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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
	Versorgung mit Trachealkanülen, Stimmprothesen	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen alternativer Therapien einschließlich Akupunktur und Naturheilverfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Wundversorgung an der Haut					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Operative Therapie einschließlich endoskopischer und mikroskopischer Techniken					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	an Ohr, Tuba auditiva, Felsenbein, Gehörgang, Ohrmuschel, z. B. Anlegeplastiken einschließlich Felsenbeinpräparationen, insbesondere Parazentesen/Paukendrainagen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	an Nase, Nasennebenhöhlen, ableitenden Tränenwegen, Orbita und Weichteilen des Gesichtsschädels, insbesondere Nasenseptumkorrekturen, Eingriffe an den Nasenmuscheln, der äußeren Nase, Infundibulotomien, Antroskopien, Polypektomien	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	im Pharynx, insbesondere Adenotomien, Tonsillektomien/Tonsillotomien sowie der Mundhöhle einschließlich Lippen	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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
	im Bereich des Kehlkopfes, insbesondere Eingriffe zur Stimmverbesserung und an der Luftröhre sowie Tracheotomien/Punktionstracheotomien und Eingriffe an den oberen Speisewegen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	am äußeren Hals	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Abszessdrainagen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	an Speicheldrüsen und -ausführungsgängen, insbesondere an Glandula parotis/submandibularis/sublingualis	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bei schlafbezogenen Atmungsstörungen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bei Nasengerüstfrakturen	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lymphknotenexstirpationen	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erste Assistenz bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade, z. B.	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohr-Operationen einschließlich aktiver implantierbarer Hörsysteme, insbesondere Operationen bei Fehl- und Missbildungen im äußeren Ohr und Mittelohr, sanierende Mittelohroperationen, Tympanoplastikformen sowie an der Laterobasis					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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
	Mittelgesichtsfrakturen, Felsenbeinfrakturen und Verletzungen von Larynx, Trachea, oberem Ösophagus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	in der Orbita und Periorbita					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bei Empyem, Muko-Pyozelen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	endonasale und extranasale Pansinusoperationen und Eingriffe an der frontalen Schädelbasis sowie an ableitenden Tränenwegen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Parotidektomie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nervenrekonstruktionen oder mikrovaskuläre Anastomosen, Implantation von Nervenstimulatoren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lasergestützte Behandlungsverfahren	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Versorgung mit gastroenteralen Sonden sowie Durchführung enteraler und parenteraler Ernährungstherapien	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tumorerkrankungen								
	Grundlagen medikamentöser Tumorthherapie sowie Strahlentherapie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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 operative Therapie von Tumorerkrankungen einschließlich onkologischer Nachsorge					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitwirkung bei der systemischen Tumorthherapie sowie der supportiven Therapie bei soliden Tumorerkrankungen der Facharztkompetenz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erste Assistenz bei großen tumorchirurgischen Operationen im Kopf-Hals-Bereich einschließlich Lymphsystem/Neck Dissection, Schilddrüse und rekonstruktiver Verfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hereditäre Erkrankungen								
	Indikationsstellung zur humangenetischen Beratung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung dysontogenetischer Veränderungen, insbesondere an den Ohrmuscheln, bei lateralen und medianen Halszysten und Fisteln					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Prävention und Rehabilitation								

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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 und Rehabilitation bei Hörstörungen von Kindern und Jugendlichen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tauglichkeitsuntersuchungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung zu Mund- und Zahnhygiene					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sturzprophylaxe					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung zum Gehörschutz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung im Rahmen der Suchtprävention und Entwöhnung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rehabilitation nach Cochlear-Implantation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur Stimmrehabilitation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Schlafbezogene Atemstörungen								
Grundlagen der Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen, insbesondere Polysomnographien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Kardiorespiratorische Polygraphien	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Stimm-, Sprech- und Sprach- sowie Schluckstörungen								
Grundlagen der Diagnostik und Therapie, insbesondere von				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Schluckstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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
funktionellen Stimmstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dysphonie einschließlich Dystonie, Aphonie und Mutationsstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dyslalie, Dysglossie und Rhinolalie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dysarthrie, Aphasie, Apraxie und Ataxie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Redeflussstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
verzögerter Sprachentwicklung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik von Schluckstörungen, insbesondere fiberendoskopische Schluckuntersuchung (FEES) und Interpretation radiologisch-bildmorphologischer Befunde	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konservative und operative Therapieoptionen bei Schluckstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
16. Wiederherstellungschirurgie								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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
Prinzipien der plastischen und Wiederherstellungschirurgie einschließlich der Verwendung von freien, gestielten und gefäßanastomosierten Lappen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Einsatz von Biomaterialien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Plastische Maßnahmen geringeren Schwierigkeitsgrades an Nase und Ohr, z. B.	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Defektdeckungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nahlappenplastiken					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Implantation von Biomaterialien					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 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"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten