

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

35. Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie

Kammermitglieder, die über die Anerkennung der Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie und Balneologie verfügen können, wenn sie in einem amtlich anerkannten Kurort tätig sind, statt der Bezeichnung Balneologie und Medizinische Klimatologie weiterhin die Bezeichnung „Badearzt“ oder „Kurarzt“ führen.

Definition	Die Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Anwendung physikalischer Faktoren in Prävention, Therapie und Rehabilitation. Die Zusatz-Weiterbildung vermittelt zusätzliche gebietserweiternde Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten.
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none"> - Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich - 12 Monate Physikalische Therapie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten in Physikalischer Therapie oder in Physikalischer und Rehabilitativer Medizin und zusätzlich - 120 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 10 in Physikalischer Therapie

Übergangsbestimmung:

§ 22 Abs. 5 findet nur Anwendung für Fachärzte in den Gebieten Arbeitsmedizin, Nuklearmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Radiologie und Transfusionsmedizin und gilt mit der Maßgabe, dass die Kurs-Weiterbildung zusätzlich nachzuweisen ist.

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Weiterbildungsinhalte der Zusatz-Weiterbildung

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 C								
1. Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie								
Wirkungsmechanismen der Physikalischen Therapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Einsatz von Physikalischer Therapie in Prävention, Therapie und Rehabilitation				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Rehabilitation				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Heilmittelrichtlinie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2. Krankengymnastik und Bewegungstherapie								
Therapiemethoden, Therapiemittel, Anwendungsformen, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen der Krankengymnastik, Bewegungstherapie, medizinischer Trainingstherapie und manueller Therapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie

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, Verordnung und Therapiekontrolle von Krankengymnastik und Bewegungstherapie, medizinischer Trainingstherapie und manueller Therapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hydrotherapie								
Therapiemethoden, Therapiemittel, Anwendungsformen, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen der Hydrotherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von Hydrotherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Thermotherapie								
Therapiemethoden, Therapiemittel, Anwendungsformen, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen von Thermotherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von Thermotherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Massage- und Entstauungstherapie								

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie

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
Therapiemethoden, Therapiemittel, Anwendungsformen, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen von Massagen und Entstauungstherapie einschließlich Kompressionstechniken				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von Massagen und Entstauungstherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Elektrotherapie und Ultraschalltherapie								
Therapiemethoden, Therapiemittel, Anwendungsformen, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen von Elektrotherapie und Ultraschalltherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von Elektrotherapie und Ultraschalltherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ergotherapie								
Definition, Grundprinzipien, Techniken der Ergotherapie und deren Ziele				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von Ergotherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Weitere physikalische Therapieverfahren								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie

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
Therapiemethoden, Therapiemittel, Anwendungsformen, Wirkungsmechanismen, Indikationen und Kontraindikationen, z. B. mechanische Schwingungen, Phototherapie, Inhalationstherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung, Verordnung und Therapiekontrolle von weiteren physikalischen Therapieverfahren, z. B. mechanische Schwingungen, Phototherapie, Inhalationstherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Konzepte und klinische Anwendung								
Evidenz und Anwendung von physikalischer Therapie bei verschiedenen Krankheitsbildern, insbesondere				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- Wechselwirkungen der Therapiemittel untereinander und mit anderen Therapieformen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- Dosierung der einzelnen Therapiemittel				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- Dauer von Therapieserien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie

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
	Auswahl, Kontraindikationen und Indikationsstellung sowie Verordnungsweise von Therapiemitteln der physikalischen Therapie bei Krankheitsbildern aus verschiedenen klinischen Bereichen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten