

Logbuch

zur Dokumentation der Weiterbildung gem. Weiterbildungsordnung (WBO)

Gebiet Phoniatrie und Pädaudiologie

ausgestellt von der Ärztekammer des Saarlandes zur WBO vom 07.10.2020

-Bearbeitungsstand 04.10.2022-

Angaben zur Person

.....
Name/Vorname (Rufname bitte unterstreichen)

--	--	--	--	--	--	--	--

Geb.-Datum

.....
Geburtsort/ggf. -land

Akademische Grade: Dr. med. ☐ sonstige

.....
ausländische Grade ☐ welche

Weiterbildungsgang

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation / § 10 BÄO in zeitlicher Reihenfolge:

Nr.	von bis	Weiterbildungsstätte Hochschulen, Krankenhausabt., Instituten etc. (Ort, Name)	Weiterbilder	Gebiet/Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	Zeit in Monaten
1	von bis				

Bei Wechsel der Dienststelle verwenden Sie bitte ein neues Logbuch.

[Ggf. mit Beiblatt ergänzen. Unterbrechungen und Teilzeitgenehmigungen vermerken.]

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Ausfüllhinweise:

Das Logbuch dient dazu, den Stand der eigenen Weiterbildung selbst zu ermitteln!

Am Anfang der Weiterbildung sollten Sie sich darüber informieren, welche Inhalte in der gewählten Weiterbildungskompetenz vermittelt werden. Diese finden Sie in der Weiterbildungsordnung und in den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung sowie in diesem Logbuch.

Mit Hilfe dieses Logbuches können Sie für sich dokumentieren, welche Kenntnisse und Fertigkeiten Sie bereits erworben haben bzw. Ihnen noch fehlen.

Bei einem Wechsel der Weiterbildungsstätte sollten Sie bereits im Bewerbungsgespräch klären, ob die Ihnen noch fehlenden Inhalte an dieser Weiterbildungsstätte vermittelt werden.

Wichtige Hinweise:

- Das Logbuch ist kontinuierlich während der gesamten Weiterbildungszeit zu führen.
- Alle Logbuchseiten sind mit Namen und Vornamen zu versehen, um eine eindeutige Identifizierung zu gewährleisten.
- Alle Unterschriften müssen identifizierbar und mit dem entsprechenden Klinik- oder Praxisstempel versehen sein.
- Sollte nicht genügend Platz für alle Angaben sein, können auch einzelne Logbuchseiten hinzugefügt werden.
- Im Logbuch ist jährlich die Anzahl der einzelnen absolvierten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einzutragen; bei den Angaben sind die realen Zahlen einzutragen. Geschätzte, gerundete oder ein „mehr als“ bzw. zusammenfassende Klammer über die Logbuchseiten mit nur einer Unterschrift sind nicht ausreichend.
- Nach Abschluss eines Weiterbildungsabschnittes – jedoch mindestens einmal jährlich – ist ein Gespräch zum Stand der Weiterbildung zwischen dem Weiterbildungsleiter und dem in Weiterbildung befindlichen Kollegen zu führen, in welchem der Stand der Weiterbildung von beiden beurteilt wird. Der Inhalt dieses Gespräches ist zu dokumentieren (siehe weiter hinten im Logbuch). Während dieses Gespräches sollten die im zurückliegenden Jahr absolvierten Inhalte besprochen und vom Weiterbildungsleiter unterschrieben werden (jede Spalte). Dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung sind die Nachweise über alle Gespräche zur Weiterbildung beizufügen (§ 8 WBO).
- Das Logbuch ist neben Zeugnis und Leistungskatalog dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung beizufügen.

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B

unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
Grundlagen							
Ethische, wissenschaftliche und rechtliche Grundlagen ärztlichen Handelns			☐	☐			
	Vertiefung und Stärkung berufsspezifischer Haltungen zum Wohl des Patienten, die auf ärztlicher Expertise, anerkannten ethischen Grundsätzen, Kommunikativität, Kollegialität und präventivem Engagement beruhen		☐	☐	☐	☐	
Grundlagen ärztlicher Begutachtung			☐	☐			
	Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements einschließlich des Fehler- und Risikomanagements sowie Anwendung von Leit- und Richtlinien		☐	☐	☐	☐	
Grundlagen der Transplantationsmedizin und Organisation der Organspende			☐	☐			
Ökonomische und strukturelle Aspekte des Gesundheitswesens			☐	☐			
	Hygienemaßnahmen		☐	☐	☐	☐	
	Ärztliche Leichenschau		☐	☐	☐	☐	

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
Patientenbezogene Inhalte							
	Management (nosokomialer) Infektionen mit multiresistenten Erregern		☐	☐	☐	☐	
	Beratung über präventive und rehabilitative Maßnahmen einschließlich der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln sowie Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen		☐	☐	☐	☐	
	Situationsgerechte ärztliche Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen		☐	☐	☐	☐	
	Aufklärung und Befunddokumentation		☐	☐	☐	☐	
	Durchführung einer strukturierten Patientenübergabe		☐	☐	☐	☐	
Psychosomatische Grundlagen			☐	☐			
Psychosoziale, umweltbedingte und interkulturelle Einflüsse auf die Gesundheit sowie Zusammenhang zwischen Krankheit und sozialem Status			☐	☐			
Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit			☐	☐			
Besondere Situationen bei der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden			☐	☐			
	Therapieentscheidungen am Lebensende einschließlich Angehörigengespräche		☐	☐	☐	☐	

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
Symptome der Verletzung von körperlicher und/oder psychischer Integrität			☐	☐			
	Beurteilung von Besonderheiten der Erkrankungen und Einschränkungen im Alter		☐	☐	☐	☐	
Genderaspekte und Aspekte der Geschlechtsidentität			☐	☐			
Telemedizin			☐	☐			
Behandlungsbezogene Inhalte							
Ätiologie, Pathophysiologie und Pathogenese von Krankheiten			☐	☐			
	Medizinische Notfallsituationen, insbesondere lebensrettende Sofortmaßnahmen		☐	☐	☐	☐	
Seltene Erkrankungen			☐	☐			
	Pharmakotherapie, Pharmakovigilanz und Arzneimitteltherapiesicherheit sowie Arzneimittelmissbrauch		☐	☐	☐	☐	
	Schmerzprävention und allgemeine Schmerztherapie bei akuten und chronischen Schmerzen		☐	☐	☐	☐	
	Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit		☐	☐	☐	☐	
	Impfwesen/Durchführung von Schutzimpfungen		☐	☐	☐	☐	

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
Besonderheiten bei der Betreuung von Menschen mit Behinderung			☐	☐			
Technisch-diagnostische Inhalte im Zusammenhang mit gebietsspezifischen Fragestellungen							
Präanalytik und labortechnisch gestützte Nachweisverfahren			☐	☐			
	Point-of-Care-Diagnostik mit visueller oder apparativer Ausstattung		☐	☐	☐	☐	
	Indikationsstellung und Befundinterpretation des krankheitsbezogenen Basislabors		☐	☐	☐	☐	
	Interdisziplinäre Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich der Differentialindikation und Interpretation bildgebender Befunde		☐	☐	☐	☐	

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägung							
Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Phoniatrie und Pädaudiologie							
Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Phoniatrie und Pädaudiologie							
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien			☐	☐			
	Indikationsstellung und Anwendung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	/100	☐	☐	☐	☐	
	Indikationsstellung und Anwendung von Hörhilfen, elektronischen Sprechhilfen und Hilfsmitteln für den Stimmersatz	/100	☐	☐	☐	☐	
	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung	/5	☐	☐	☐	☐	
Berufsbedingte Erkrankungen von Stimme, Sprache, Sprechen, Schlucken und Gehör			☐	☐			
	Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen	/10	☐	☐	☐	☐	
	Indikationsstellung zur enteralen und parenteralen Ernährung, Infusionstherapie		☐	☐	☐	☐	
	Mitwirkung an der Erstellung von Hilfs- und Förderplänen mit Bezug zu pädagogischen und/oder sozialpädiatrischen Maßnahmen		☐	☐	☐	☐	
	Einbindung und Beratung von Angehörigen und Bezugspersonen		☐	☐	☐	☐	

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
Notfälle							
	Diagnostik und Therapie akuter Störungen, z. B.		☐	☐	☐	☐	
	- kindliche Schwerhörigkeit		☐	☐	☐	☐	
	- kindlicher Schwindel		☐	☐	☐	☐	
	- Schluckstörung		☐	☐	☐	☐	
	- Stimmverlust		☐	☐	☐	☐	
Fremdkörperextraktion			☐	☐			
Alters-/geschlechts-/kulturspezifische Erkrankungen							
Sprachentwicklung in verschiedenen soziokulturellen Kontexten			☐	☐			
	Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachig erzogenen Kindern sowie Beratung der Eltern		☐	☐	☐	☐	
	Diagnostik von Sprachstörungen bei Demenz		☐	☐	☐	☐	
	Behandlung von Stimmstörungen im Kindes- und Jugendalter einschließlich Störungen des Stimmwechsels		☐	☐	☐	☐	
	Diagnostik und Management bei Stimmstörung- en einschließlich Untersuchung von Stimmleis- tung und –qualität bei professionell genutzten Stimmen sowie musikermedizinischer Aspekte	/30	☐	☐	☐	☐	
	Behandlung der Presbyphonie	/30	☐	☐	☐	☐	
	Behandlung der Presbyphagie	/30	☐	☐	☐	☐	

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
	Behandlung von Stimmstörungen bei Transsexualismus		☐	☐	☐	☐	
Stimm- und Sprechatmungsstörungen							
Organisch verursachte, funktionelle, hormo- nelle Stimmstörungen einschließlich neuro- muskuläre sowie Stimmstörungen bei Dystonien			☐	☐			
	Videopharyngolaryngoskopie	/100	☐	☐	☐	☐	
	Quantitative Analyse der Stimmlippenschwin- gungen mittels digitaler Videostroboskopie und Elektroglottographie	/200	☐	☐	☐	☐	
	Instrumentelle Analysen des Stimm- und Sprachschalls im Frequenz-, Intensitäts- und Zeitbereich, Stimmfeldmessung	/50	☐	☐	☐	☐	
	Diagnostik der Stimmleistungsfähigkeit		☐	☐	☐	☐	
	Diagnostik zur Ermittlung der Qualität und des Heiserkeitsgrades einer Stimme	/50	☐	☐	☐	☐	
	Diagnostik der Phonationsatmung mit Bestim- mung statischer und dynamischer Lungenfunk- tionsparameter	/50	☐	☐	☐	☐	
	Diagnostik der Sprechatmung		☐	☐	☐	☐	
	Diagnostik bei glottischer und extraglottischer Hyper- und Hypofunktion		☐	☐	☐	☐	
Stimmverlust bei Kopf-Hals-Tumoren, Kehl- kopf(teil)resektionen und Kehlkopftraumata			☐	☐			

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
Elektromyographie der an der Stimm- gebung beteiligten Muskeln			☐	☐			
Elektroneurographie und kortikale Magnetstimulation			☐	☐			
	Beurteilung betrieblicher Anforderungen an die Stimme, z. B. bei Lärmbelastung		☐	☐	☐	☐	
	Erstellung eines Therapieplans und Durchfüh- rung einer Therapieeinheit bei Stimmstörungen	/5	☐	☐	☐	☐	
	Behandlung von neuromuskulären Stimmkrank- heiten und Schluckstörungen mit Anwendung von Botulinum-Toxinen an den Kehlkopfmuskeln		☐	☐	☐	☐	
	Eingriffe der Phonochirurgie, z. B. Stimmlippen- augmentation und -medialisierung, Aryknorpelre- position		☐	☐	☐	☐	
Manualtherapie am Kehlkopf			☐	☐			
Sprech- und Aussprachestörungen							
	Gaumenbefundung des orofazialen Systems bei Spaltbildungen, Gaumensegellähmungen, Gau- mendefekten nach Operationen	/50	☐	☐	☐	☐	
Interaktionsstörungen zwischen Artikula- tion, Mastikation und Deglutition ein- schließlich der durch die Zahnentwicklung bedingten Besonderheiten			☐	☐			
	Beurteilung der Nasalanalz und Diagnostik von Nasalitätsstörungen	/50	☐	☐	☐	☐	

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
Elektroakustische Untersuchung von Aussprachestörungen			☐	☐			
	Erstellung eines detaillierten Therapieplans und Durchführung einer Therapieeinheit bei Nasalitätsstörungen	/5	☐	☐	☐	☐	
Sprachentwicklungsstörungen							
Expressive, rezeptive und globale Sprachentwicklungsstörungen einschließlich Risikofaktoren und Komorbiditäten			☐	☐			
	Richtungsweisende Sprachentwicklungstests	/100	☐	☐	☐	☐	
	Standardisierte Sprachentwicklungstests, z. B. SET-K, HSET	/25	☐	☐	☐	☐	
	Prüfung der auditiven, visuellen, kinästhetischen und taktilen Verarbeitung und Wahrnehmung		☐	☐	☐	☐	
	Prüfung der orofazialen Sensomotorik	/25	☐	☐	☐	☐	
	Diagnostik der Grob- und Feinmotorik im Zusammenhang mit Sprachstörungen		☐	☐	☐	☐	
Entwicklungs- und Intelligenztests			☐	☐			
	Erstellung eines detaillierten Therapieplans zur Sprach- und Sprechtherapie sowie Durchführung einer Therapieeinheit	/5	☐	☐	☐	☐	
Störungen des Lesen- und Schreibenlernens							
Lese- und Rechtschreibstörungen			☐	☐			
	Durchführung und Interpretation von Lesetests	/20	☐	☐	☐	☐	

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
	Durchführung und Interpretation von Recht-schreibtests	/20	☐	☐	☐	☐	
	Durchführung und Interpretation von Tests zur phonologischen Bewusstheit, von peripheren Hörtests und Tests der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung	/20	☐	☐	☐	☐	
Laut- und Schriftsprachverlust							
Neurogene Sprech- und Sprachstörungen nach Abschluss der Sprachentwicklung			☐	☐			
	Diagnostik des Hörvermögens, der Mimik, Motorik und Sensibilität des Mund- und Rachenraumes sowie des Kehlkopfes einschließlich der Hirnnervenfunktion	/50	☐	☐	☐	☐	
	Sprach- und Sprechtests zur Diagnostik von Sprachverlustsyndromen, z. B. Aachener Aphasie-Test, Frenchay-Dysarthrie-Diagnostik	/25	☐	☐	☐	☐	
Aphasie bei Kindern			☐	☐			
	Erstellung eines detaillierten Therapieplans bei Laut- und Schriftsprachverlust und Durchführung einer Therapieeinheit	/5	☐	☐	☐	☐	
Redeunflüssigkeiten							
Physiologische und entwicklungsbedingte Redeunflüssigkeiten einschließlich psychogenes Stottern			☐	☐			

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
Redeunflüssigkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung			☐	☐			
	Diagnostik von Stottern und Poltern	/20	☐	☐	☐	☐	
	Elternberatung stotternder Kinder	/20	☐	☐	☐	☐	
	Erstellung eines detaillierten Therapieplans bei Redeunflüssigkeiten und Durchführung einer Therapieeinheit	/2	☐	☐	☐	☐	
	Direkte und indirekte Therapieverfahren, z. B. Non-Avoidance-Ansatz, Sprechmodifikation	/20	☐	☐	☐	☐	
	Beurteilung der kindlichen Kapazitäten und der Anforderungen an flüssiges Sprechen		☐	☐	☐	☐	
Schluckstörungen							
Abgrenzung von Fütterstörungen und Schluckstörungen bei Säuglingen und Kindern			☐	☐			
Oropharyngeale, laryngeale und ösophageale Schluckstörungen, insbesondere bei neuromuskulären und geriatrischen Erkrankungen, Kopf-Hals-Tumoren, Langzeitbeatmung und in palliativmedizinischen Situationen			☐	☐			
	Schluckscreeningverfahren		☐	☐	☐	☐	
	Diagnostik der Grob-, Fein- und Mundmotorik im Zusammenhang schluckrelevanter oraler und laryngopharyngealer Strukturen		☐	☐	☐	☐	

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
	Endoskopische oder apparative Schluckunter- suchungen, z. B. Fiberendoskopische Evaluation des Schluckens (FEES)	/100	☐	☐	☐	☐	
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von radiologischen Schluckaufnahmen im bewegten Bild		☐	☐	☐	☐	
	Indikationsstellung für funktionelle und chirur- gische Schlucktherapie		☐	☐	☐	☐	
	Indikationsstellung zur Tracheotomie, Versor- gung mit Trachealkanülen und oralen sowie nasalen Gastroduodenalsonden		☐	☐	☐	☐	
	Beratung zu kompensatorischen und adapta- tiven Strategien und Hilfen zur Unterstützung des Essens und Trinkens		☐	☐	☐	☐	
	Erstellung eines detaillierten Therapieplans bei Schluckstörungen und Durchführung einer The- rapieeinheit	/10	☐	☐	☐	☐	
	Indikationsstellung zu perkutaner endosko- pischer Gastrostomie (PEG)		☐	☐	☐	☐	

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
Hörstörungen bei Kindern							
Schallleitungsschwerhörigkeiten, Schall- empfindungsschwerhörigkeiten, kombi- nierte Schwerhörigkeiten, auditorische Synaptopathie/auditorische Neuropathie und auditive Verarbeitungs- und Wahrneh- mungsstörungen (AVWS), Tinnitus			☐	☐			
	Ohrmikroskopie	/100	☐	☐	☐	☐	
	Diagnostik syndromaler und nicht-syndromaler Hörstörungen einschließlich Indikationsstellung zur weiterführenden interdisziplinären Behand- lung und/oder zu interprofessionellen Förderkon- zepten	/20	☐	☐	☐	☐	
	Hörschwellen-Bestimmung mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren mit Konditionierung	/50	☐	☐	☐	☐	
	Altersbezogene Sprachaudiometrie mit offenen und geschlossenen Paradigmen	/50	☐	☐	☐	☐	
	Altersbezogene Impedanzmessungen	/20	☐	☐	☐	☐	
	Frequenzspezifische elektrische Reaktionsau- diometrie (ERA) mit Schlaflösung	/50	☐	☐	☐	☐	
	Diagnostik zentraler Hörstörungen und auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen	/25	☐	☐	☐	☐	
Apparative Versorgung bei (sprach-)ent- wicklungsgestörten oder mehrfach behinderten Kindern			☐	☐			

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
	Versorgung mit konventionellen Hörsystemen und deren Evaluation	/50	☐	☐	☐	☐	
	Indikationsstellung zur Versorgung von Hörstörungen mittels operativer Verfahren, z. B Cochlea-Implantation	/10	☐	☐	☐	☐	
Signalverarbeitungsstrategien und Anpassalgorithmen bei konventionellen Hörsystemen und Zusatzgeräten			☐	☐			
	Parazentesen	/20	☐	☐	☐	☐	
	Einlage von Paukenröhrchen	/20	☐	☐	☐	☐	
	Indikationsstellung für Tympanoplastiken		☐	☐	☐	☐	
	Indikationsstellung für Übertragungsanlagen		☐	☐	☐	☐	
	Gebrauchsschulung von Hörsystemen		☐	☐	☐	☐	
Prävention							
	Durchführung und Tracking des Neugeborenenhörscreenings mit automatischer Messung der transitorisch evozierten otoakustischen Emissionen (TEOAE) oder Automated Auditory Brainstem Response (AABR)	/50	☐	☐	☐	☐	
	Durchführung eines Sprachentwicklungs-screenings		☐	☐	☐	☐	
Abgrenzung soziogener von medizinisch relevanten Sprachentwicklungsstörungen			☐	☐			

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
	Beratung zur Prophylaxe von Hör- und Sprachstörungen		☐	☐	☐	☐	
	Stimm- und Sprach-Eignungsuntersuchungen	/20	☐	☐	☐	☐	
	Beratung zu Stimmhygiene und Stimmfürsorge für stimm- und sprachintensive Berufe		☐	☐	☐	☐	
	Beratung zu präventiven Maßnahmen für den Erhalt der Musikergesundheit von Vokalisten und Instrumentalisten, Einfluss von ungünstigem Überverhalten und Auftrittsängsten		☐	☐	☐	☐	
Diagnostische Verfahren							
	Mikroskopische und endoskopische Untersuchungen, z. B Rhinoskopie, Sinuskopie, Nasopharyngoskopie, Laryngoskopie, Tracheoskopie, Ösophagoskopie	/200	☐	☐	☐	☐	
	Audiologische Untersuchungen, z. B. Ton-schwellen-, Sprach- Hörfeldaudiometrie, Tinnitus-Diagnostik, elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA), otoakustische Emissionen, Hörtests zur Diagnostik zentraler Hörstörungen sowie zur Hörgeräteversorgung	/200	☐	☐	☐	☐	
Grundlagen funktioneller Störungen der Halswirbelsäule und der Kiefergelenke			☐	☐			
Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder			☐	☐			
	Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung		☐	☐	☐	☐	

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
	Lokal- und Regionalanästhesie		☐	☐	☐	☐	
	Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersu- chungsmaterial		☐	☐	☐	☐	
Sonographische Untersuchungen der Gesichts- und Halsweichteile sowie der Nasennebenhöhlen			☐	☐			
Doppler-/Duplex-Sonographien der extra- kraniellen hirnversorgenden Gefäße			☐	☐			
	Neuro-otologische Untersuchungen		☐	☐	☐	☐	
	Allergiediagnostik mit kutanen (Prick-)Tests		☐	☐	☐	☐	
	Indikationsstellung und Interpretation allerge- logischer in-vitro Testverfahren		☐	☐	☐	☐	
	Indikationsstellung und Interpretation von Manometrie und pH-Metrie		☐	☐	☐	☐	
Rehabilitation							
Grundlagen der Rehabilitation bei Stimm-, Sprach-, Sprech-, Schluck- und Hörstö- rungen			☐	☐			
	Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen bei Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen		☐	☐	☐	☐	
	Rehabilitationsmaßnahmen, z. B. Basistherapie und Nachsorge nach Hörimplantat-Versorgung		☐	☐	☐	☐	

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
Psychosomatische Grundlagen							
Psychosomatische Funktionsstörungen der Stimme, des Sprechens, der Sprache, des Schluckens und des Hörens, der Hörreife, -verarbeitung und -wahrnehmung			☐	☐			
	Verbale Interventionstechniken		☐	☐	☐	☐	

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

Dokumentation der jährlichen Gespräche gemäß § 8 WBO
Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____ Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele): Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden -----
Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____ Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele): Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden -----
Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____ Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele): Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden -----
Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____ Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele): Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden -----
Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____ Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele): Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden -----
Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____ Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele): Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden -----

Logbuch von Vorname/Nachname _____ in der Zeit von _____ bis _____

A N H A N G

Auszug aus Abschnitt A – Paragraphenteil – der Weiterbildungsordnung

§ 2 a Begriffsbestimmungen

¹Im Sinne dieser Weiterbildungsordnung werden folgende Begriffe definiert:

(1)

¹**Kompetenz** umfasst die während einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung erworbenen und nachgewiesenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten auf der Grundlage der Weiterbildungsinhalte der Abschnitte B und C der Weiterbildungsordnung und stellt eine Teilmenge eines Gebietes dar. ²Die jeweiligen Kompetenzen werden insbesondere im Rahmen der beruflichen Tätigkeit während der Weiterbildung erworben und durch eine Prüfung vor der Ärztekammer nachgewiesen.

(2)

¹**Fallseminar** ist eine Weiterbildungsmaßnahme mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers, wobei unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten anhand von vorgestellten Fallbeispielen und deren Erörterung Kenntnisse und Fähigkeiten sowie das dazugehörige Grundlagenwissen erweitert und gefestigt werden.

(3)

¹Der **stationäre Bereich** umfasst Einrichtungen, in denen Patienten aufgenommen und/oder Tag und Nacht durchgängig ärztlich betreut werden; hierzu gehören insbesondere Krankenhausabteilungen, Rehabilitationskliniken und Belegabteilungen.

(4)

¹Zum **ambulanten Bereich** gehören insbesondere ärztliche Praxen, Institutsambulanzen, Tageskliniken, poliklinische Ambulanzen und Medizinische Versorgungszentren.

(5)

¹Unter **Notfallaufnahme** wird die Funktionseinheit eines Akutkrankenhauses verstanden, in welcher Patienten zur Erkennung bedrohlicher Krankheitszustände einer Erstuntersuchung bzw. Erstbehandlung unterzogen werden, um Notwendigkeit und Art der weiteren medizinischen Versorgung festzustellen.

(6)

¹Als **Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung** gelten: Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Humangenetik, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Phoniatrie und Pädaudiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Urologie.

(7)

¹Das **elektronische Logbuch** für die Weiterbildung (Logbuch) dient der kontinuierlichen Dokumentation der absolvierten Weiterbildungsinhalte durch den Weiterzubildenden sowie der Bestätigung des erreichten Weiterbildungsstandes durch den zur Weiterbildung befugten Arzt. ²Das jeweilige Logbuch enthält die in den Abschnitten B bzw. C geregelten Weiterbildungsinhalte sowie Richtzahlen. ³Die Darstellung erfolgt nach Maßgabe der **Anlage**.

(8)

¹In einem von der Ärztekammer **fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan** können die in der Weiterbildungsordnung umschriebenen Kompetenzen näher erläutert werden; dieser kann einen Rahmen für die didaktisch-strukturierte Vermittlung der Weiterbildungsinhalte geben.