

# Logbuch

zur Dokumentation der Weiterbildung gem. Weiterbildungsordnung (WBO)

**Gebiet Chirurgie  
Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie**

## **Schwerpunkt Orthopädische Rheumatologie**

ausgestellt von der Ärztekammer des Saarlandes zur WBO vom 07.10.2020

– Bearbeitungsstand: 10.12.2025 –

### **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<br>Hochschulen, Krankenhausabt., Instituten etc.<br>(Ort, Name) | Weiterbilder | Gebiet/Schwerpunkt/<br>Zusatz-Weiterbildung | Zeit in<br>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 \_\_\_\_\_

## Weiterbildungsinhalte der Schwerpunkt-Kompetenz

| <b>Kognitive und Methodenkompetenz</b><br>Kenntnisse   | <b>Handlungskompetenz</b><br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|--|---|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
| <b>Übergreifende Inhalte der Schwerpunkt-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie</b>   |   |  |                                |   |                                     |  |  |
| Klinische Symptomatologie und Differentialdiagnose der degenerativen, entzündlichen und stoffwechselbedingten rheumatischen Krankheiten der Bewegungsorgane                    |   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
| <b>Präventive Maßnahmen</b>  |   |  |                                |   |                                     |  |  |
| Sekundäre und tertiäre Prävention von Gelenk-, Wirbelsäulen- und Weichteilmanifestationen bei degenerativen, entzündlichen und stoffwechselbedingten rheumatischen Krankheiten |   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
| <b>Diagnostische Verfahren</b>   |   |  |                                |   |                                     |  |  |
|  | Sonographische Bildgebung bei degenerativen, entzündlichen und stoffwechselbedingten rheumatischen Krankheiten der Bewegungsorgane, insbesondere an Hand und Fuß                      |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|  | Indikationsstellung und Befundinterpretation nuklearmedizinischer Diagnostik bei degenerativen, entzündlichen und stoffwechselbedingten rheumatischen Krankheiten der Bewegungsorgane |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|  | Indikationsstellung und Befundinterpretation weiterer bildgebender Verfahren bei degenerativen, entzündlichen und stoffwechselbedingten rheumatischen Krankheiten der Bewegungsorgane |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |

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

# Schwerpunkt Orthopädische Rheumatologie

Seite 4 von 11 Seiten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse  | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|--|--|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
|  | Indikationsstellung und Befundinterpretation zur laborchemischer Differentialdiagnostik sowie immunologischer Methoden bei degenerativen, entzündlichen und stoffwechselbedingten rheumatischen Krankheiten der Bewegungsorgane, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|  | Indikationsstellung und Befundinterpretation laborchemischer Synovia-Diagnostik  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|  | Mikroskopische Untersuchung der Gelenkflüssigkeit einschließlich Befunderstellung  | /20  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|  | Anwendung von Assessmentinstrumenten bei den degenerativen, entzündlichen und stoffwechselbedingten rheumatischen Krankheiten der Bewegungsorgane einschließlich Scoring klinischer Befunde  | /50  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|  | Indikationsstellung und Befundinterpretation histopathologischer Diagnostik  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|  | Spezielle osteologische Differentialdiagnostik und medikamentöse Differentialtherapie  | /20  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|  | Manualmedizinische Untersuchung an den Bewegungsorganen bei Einzelbefunden sowie komplexen Befunden  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
| Funktionsbezogene diagnostische Verfahren mit apparativen Messverfahren wie Muskelfunktionsanalyse, Stand-, Gang- und Bewegungsanalyse |  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |

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

# Schwerpunkt Orthopädische Rheumatologie

Seite 5 von 11 Seiten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse  | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|--|---|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
| Standardisierte Schmerzanamnese, Schmerzanalyse und Differentialdiagnose der Schmerzkrankheit unter Berücksichtigung psychologischer, arbeits- und sozialmedizinischer Gesichtspunkte bei degenerativen, entzündlichen und stoffwechselbedingten rheumatischen Krankheiten |   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
| <b>Therapeutische Verfahren</b>  |   |  |                                |   |                                     |  |  |
|  | Indikationsstellung, Einleitung und Durchführung der medikamentösen Therapie bei (peri-)operativer und konservativer Behandlung der Bewegungsorgane, davon  | /250   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|  | – in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit internistischen Rheumatologen einschließlich der Überwachung der Dauertherapie im Langzeitverlauf entzündlich-rheumatischer Erkrankungen der Bewegungsorgane | /50  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
| Spezielle Schmerztherapieoptionen durch lokale und systemische Maßnahmen bei degenerativen, entzündlichen und stoffwechselbedingten rheumatischen Krankheiten der Bewegungsorgane  |   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
|  | Multimodale Schmerztherapie in interdisziplinärer Zusammenarbeit  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|  | Erstellung eines Therapieplans einschließlich interdisziplinärer Therapiekoordination   | /50  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |

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

# Schwerpunkt Orthopädische Rheumatologie

Seite 6 von 11 Seiten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse   | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|---|--|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
|   | Interventionelle Schmerztherapie am Bewegungssystem einschließlich diagnostischer und therapeutischer Lokal- und Leitungsanästhesie sowie Injektions- und Punktionstechniken an Wirbelsäule und Gelenken | /30  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | Medikamentöse Therapie akuter und chronischer Schmerzzustände  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | Einleitung und Überwachung von Schmerzbewältigungstraining einschließlich Entspannungsverfahren  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
| Rehabilitationsspezifische Differentialdiagnose und Klassifikation von Gesundheitsstörungen   |  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
| Rehabilitationsziele und Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Frührehabilitation bei orthopädisch-unfallchirurgischen, orthopädisch-rheumatologischen und orthopädisch-geriatrischen Krankheiten und Behinderungen unter kurativer und rehabilitativer Zielsetzung |  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
| Grundlagen der Integration in Bereiche der schulischen, beruflichen, sozialen und persönlichen Teilhabe   |  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
|   | Erstellung von Behandlungs- und Rehabilitationsplänen mit epikritischer Bewertung, insbesondere  | /50  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |

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

# Schwerpunkt Orthopädische Rheumatologie

Seite 7 von 11 Seiten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse  | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|--|--|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- in der Frühmobilisation oder Frührehabilitation und bei Folgezuständen orthopädisch-unfallchirurgischer Erkrankungen</li> </ul>           |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- in der Rehabilitation degenerativer, entzündlicher und stoffwechselbedingter rheumatischer Krankheiten der Bewegungsorgane</li> </ul>     |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|  | Manualmedizinische Behandlungstechniken bei funktionellen Störungen der Bewegungsorgane  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|  | Einleitung, Verordnung und Überwachung von Verfahren der physikalischen Medizin, der Physiotherapie und Ergotherapie, insbesondere   | /50  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei akuten und chronischen rheumatischen Krankheiten der Bewegungsorgane</li> </ul>   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei chronischen Schmerzkrankheiten der Bewegungsorgane unter Verwendung standardisierter psychosozialer Evaluationsinstrumente</li> </ul> |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
| Technische Orthopädie bei degenerativen, entzündlichen und stoffwechselbedingten rheumatischen Krankheiten der Bewegungsorgane, Bau- und Wirkungsweise von Orthesen und Prothesen, Bandagen, Schienen und Apparaten einschließlich Materialkunde und Herstellungsverfahren |  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |

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<br>Kenntnisse   | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|---|--|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
|   | Indikationsstellung zur Prothesen- und Orthesenbehandlung, differenzierte Verordnung der Bauweise, Überprüfung der Funktionsfähigkeit und ggf. Langzeittherapie    | /50  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
| Operative Therapieoptionen von Gelenk-, Wirbelsäulen- und Weichteilmanifestationen bei entzündlichen rheumatischen Krankheiten und ihrer funktionellen Konsequenzen |  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
|   | Differentialindikation und spezifische Behandlung nach Operationen an den Weichgeweben, der Wirbelsäule und den Gelenken bei entzündlich rheumatischen Krankheiten |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | Operationen bei entzündlich rheumatischen Krankheiten  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | – Synovialisektomien an großen oder kleinen Gelenken   | /10  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | – Tendosynovialisektomien  | /10  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | – Gelenkersatzoperationen  | /10  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | – Resektionsarthroplastiken  | /5   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | – Eingriffe an Weichgeweben, z. B. Bursektomien, Exstirpation von Rheumaknoten   | /10  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | Erste Assistenz bei Operationen höheren Schwierigkeitsgrades bei entzündlich rheumatischen Krankheiten   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | – Synovialisektomien an großen oder kleinen Gelenken   | /10  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |

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<br>Kenntnisse | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten             | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|---|--|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
|   | – Arthroesen   | /10  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | – Sehnenverlagerungen, Rekonstruktionen oder Transplantationen | /5   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | – Neurolysen oder Verlagerungen peripherer Nerven              | /5   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |

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

<sup>1</sup>Im Sinne dieser Weiterbildungsordnung werden folgende Begriffe definiert:

(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. Die jeweiligen Kompetenzen werden insbesondere im Rahmen der beruflichen Tätigkeit während der Weiterbildung erworben und durch eine Prüfung vor der Ärztekammer nachgewiesen.

(2)

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

(3)

Der **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)

**Stationäre Akutversorgung** zeichnet sich aus durch eine stationäre Behandlung von Patienten aus einem unausgelesenen Patientenkollektiv in Bezug auf Diagnosen und Altersstruktur, die wegen einer akuten, unvorhergesehenen Erkrankung in einem Krankenhaus mit einer Aufnahmefähigkeit von 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche aufgenommen werden.

(5)

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

(6)

Unter **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.

(7)

Als **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.

(8)

Das **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. Das jeweilige Logbuch enthält die in den Abschnitten B bzw. C geregelten Weiterbildungsinhalte sowie Richtzahlen. Die Darstellung erfolgt nach Maßgabe der **Anlage**.

(9)

In 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.