

Name, Vorname:

11.7 Schwerpunkt Neuropädiatrie

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten *	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Stempel Unterschrift des WB-Befugten
der Vorbeugung, Erkennung, konservativen Behandlung und Rehabilitation von Störungen und Erkrankungen einschließlich Neoplasien des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems und der Muskulatur		
der Erkennung angeborener Fehlbildungen des zentralen Nervensystems, der Störungen der Motorik und der Sinnesfunktionen sowie assoziierter Erkrankungen		
der Erkennung und Behandlung entzündlicher, traumatischer und toxischer Erkrankungen und Schäden des Nervensystems und ihrer Folgen		
der Behandlung zerebraler Anfälle und Epilepsien		
neuromuskulären Erkrankungen		

Name, Vorname:

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten *	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Stempel Unterschrift des WB-Befugten
vaskulären Erkrankungen des zentralen Nervensystems und der Muskulatur		
neurometabolischen, -degenerativen und -genetischen Erkrankungen		
der Behandlung von Zerebralpareesen		
Stadieneinteilung und Verlauf der intrakraniellen Drucksteigerung und des zerebralen Komats sowie der Hirntoddiagnostik		
der Beurteilung mentaler, motorischer, sprachlicher und psychischer Entwicklungsstörungen		
der Indikationsstellung zur neuroradiologischen Untersuchung des Nervensystems und der Muskulatur		
der Erstellung von Therapie-, Rehabilitations- und Förderplänen und deren Koordination, z. B. im medizinisch-funktionstherapeutischen, psychologisch-pädagogischen und sozialen Bereich		

Name, Vorname:

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten *	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Stempel Unterschrift des WB-Befugten
der Bewertung der Anwendung von Rehabilitationsverfahren, Bewegungstherapien, krankengymnastischen Verfahren, Logopädie, Ergotherapie, Sozialmaßnahmen und neuropsychologischem Training		

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WBO *						Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Stempel Unterschrift des WB-Befugten
		Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Elektroenzephalogramme	500							
Polygraphie und elektrophysiologische Untersuchungen, z. B. Elektromyographie, Elektroneurographie, visuell, somatosensibel, motorisch und akustisch evozierte Potenziale	200							
Ultraschalluntersuchungen des zentralen Nervensystems und der Muskulatur einschließlich Doppler- und Duplex-Sonographien	100							
Unterschrift des WB-Befugten								

* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

Name, Vorname:

Dokumentation der jährlichen Gespräche

§ 8 Abs. 3 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004

„ Der Weiterbilder hat mit dem in Weiterbildung befindlichen Arzt mindestens einmal jährlich ein kollegiales Gespräch, aus welchem sich der Stand und die Fortschritte der Weiterbildung ergeben, zu führen. Dabei sollen erforderlichenfalls vorhandene Lücken aufgezeigt und Möglichkeiten zu deren Schließung erörtert werden. Der Weiterbilder dokumentiert den wesentlichen Gesprächsinhalt.“

Datum des Gesprächs:

Gesprächsinhalt:

Unterschrift/Stempel des/der Befugten:

Unterschrift des/der Assistenz-Arztes/Ärztin:

Datum des Gesprächs:

Gesprächsinhalt:

Unterschrift/Stempel des/der Befugten:

Unterschrift des/der Assistenz-Arztes/Ärztin:

Name, Vorname:

Datum des Gesprächs:

Gesprächsinhalt:

Unterschrift/Stempel des/der Befugten:

Unterschrift des/der Assistenz-Arztes/Ärztin:

Datum des Gesprächs:

Gesprächsinhalt:

Unterschrift/Stempel des/der Befugten:

Unterschrift des/der Assistenz-Arztes/Ärztin:

Name, Vorname:

Datum des Gesprächs:

Gesprächsinhalt:

Unterschrift/Stempel des/der Befugten:

Unterschrift des/der Assistenz-Arztes/Ärztin:

Datum des Gesprächs:

Gesprächsinhalt:

Unterschrift/Stempel des/der Befugten:

Unterschrift des/der Assistenz-Arztes/Ärztin:
