


Name, Vorname:






11.5 Schwerpunkt Kinder-Pneumologie

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	 Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten *	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Stempel Unterschrift des WB-Befugten
der Erkennung und Behandlung von angeborenen und erworbenen Erkrankungen der oberen Atemwege, Lunge, Bronchien, Pleura und Mediastinum höheren Schwierigkeitsgrades wie Asthma bronchiale Grad III und IV, Tuberkulose, angeborene Lungenfehlbildung, cystische Fibrose, interstitielle Lungenerkrankung, bronchopulmonale Dysplasie, schlafbezogene Atemregulationsstörung		
pulmonal bedingten Erkrankungen des kleinen Kreislaufs		
der pulmonologischen Allergologie		
Asthmaschulungen im Kindes- und Jugendalter		
der Sauerstofflangzeittherapie und Beatmungstherapie einschließlich der Heimbeatmung		




Name, Vorname:

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	 Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten *	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Stempel Unterschrift des WB-Befugten
speziellen physiotherapeutischen Maßnahmen einschließlich autogener Drainage und Inhalationsbehandlung		
sonographischen Untersuchungen der Lunge und Pleura		
Funktionsuntersuchungen der Atmungsorgane wie Ganzkörperplethysmographie einschließlich Mitwirkung bei Babybodyplethysmographie, CO-Diffusion, Compliance-Messung, Bestimmung der funktionellen Residualkapazität (FRC) mit einer Gasmischmethode		
der Spiro-Ergometrie		
der Mitwirkung bei Bronchoskopien mit starrem Instrumentarium bei interventionellen Verfahren		
der Fiberbronchoskopie einschließlich broncho-alveolärer Lavage		
Pilocarpin-Iontophorese		

Name, Vorname:

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richt- zahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WBO *					Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Stempel Unterschrift des WB-Befugten	
		Datum: 	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
der Erkennung und Behandlung von angeborenen und erworbenen Erkrankungen der oberen Atemwege, Lunge, Bronchien, Pleura und Mediastinum höheren Schwierigkeitsgrades wie Asthma bronchiale Grad III und IV, Tuberkulose, angeborene Lungenfehlbildung, cystische Fibrose, interstitielle Lungenerkrankung, bronchopulmonale Dysplasie, schlafbezogene Atemregulationsstörung	100 							
pulmonal bedingten Erkrankungen des kleinen Kreislaufs	50							
pulmonologische Allergie-Testungen	200							
Asthmaschulungen im Kindes- und Jugendalter								
der Sauerstofflangzeittherapie und Beatmungstherapie einschließlich der Heimbeatmung	25							
Unterschrift des WB-Befugten								

Name, Vorname:

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richt- zahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WBO *					Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Stempel Unterschrift des WB-Befugten
		Datum: 	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
speziellen physiotherapeutischen Maßnahmen einschließlich autogener Drainage und Inhalationsbehandlung							
sonographischen Untersuchungen der Lunge und Pleura	100 						
Funktionsuntersuchungen der Atmungsorgane wie Ganzkörperplethysmographie einschließlich Mitwirkung bei Babybodyplethysmographie, CO-Diffusion, Compliance-Messung, Bestimmung der funktionellen Residualkapazität (FRC) mit einer Gasmischmethode	500						
der Spiro-Ergometrie	50						
der Mitwirkung bei Bronchoskopien mit starrem Instrumentarium bei interventionellen Verfahren							
der Fiberbronchoskopie einschließlich broncho-alveolärer Lavage	100						
Pilocarpin-Iontophorese	100						
Unterschrift des WB-Befugten							

Name, Vorname:

* 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:
