



ANTRAG AUF ERTEILUNG EINER WEITERBILDUNGSBEFUGNIS

Stationärer Bereich

(im nachstehenden Text wird die Berufsbezeichnung „Arzt/Ärztin“ einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet)

Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin

A. UMFANG

Beantragt wird eine Befugnis im Umfang von _____ Monaten

allein (Einzelbefugnis)

gemeinsam mit folgenden Ärzten (kumulative WBB oder Verbund-WBB):¹

Hauptantragsteller (Ansprechpartner – nur bei kumulativen und/oder Verbund-WBB)

B. ANGABEN ZUR PERSON DES ANTRAGSTELLERS:

Titel, Name, Vorname, _____

Geb.-Dat.: _____ Geburtsort: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Name / Anschrift der Klinik | Klinikabteilung:

Name: _____

Straße, PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Haupttätigkeit: _____ Std./Woche _____ seit _____

weitere Tätigkeiten | Std./Woche (z.B. weitere Chefarztstätigkeit, MVZ, Niederlassung etc.):

Anerkennungen:

Facharztanerkennung _____ seit _____

ggf. weitere FA-Anerkennung _____ seit _____

Schwerpunktanerkennung _____ seit _____

ggf. weitere SP-Anerkennung _____ seit _____

Zusatz-Weiterbildung _____ seit _____

ggf. weitere ZWB _____ seit _____

¹ In diesem Fall sind die ersten 3 Seiten des Antragsformulars von jedem Antragsteller einzeln auszufüllen und einzureichen, die übrigen Seiten reichen einfach

Berufliche Stellung

- Vollzeit**
 Teilzeit im Umfang von _____ % der Regelarbeitszeit

als _____ seit _____

Dienststellung in der Abteilung: _____

Weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Ärzten?

- JA
 NEIN

Vertragsärztliche Ermächtigung?

- NEIN
 JA, welche _____

Persönliche und fachliche Eignung

1. Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für die beantragte Qualifikation zur Weiterbildung befugt?

- JA
 NEIN

Falls JA, bitte angeben:

Weiterbildungsstätte _____ | Zeitraum _____ | Umfang _____

2. Lehrtätigkeit in Aus-, Fort- und Weiterbildung in den letzten 5 Jahren

- JA
 NEIN

Bitte entsprechende Nachweise als gesonderte
ANLAGE beifügen

3. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre

Bitte Punktekontoauszug der Fortbildungsakademie als
gesonderte **ANLAGE** beifügen

4. Teilnahme an Qualitätszirkeln

- JA
 NEIN

Falls JA, welche:

5. Beruflicher Werdegang

Bitte Lebenslauf als gesonderte **ANLAGE** beifügen

C. ANGABEN ZUR EIGENEN KRANKENHAUSABTEILUNG | WEITERBILDUNGSSTÄTTE:

1. Einbindung der Abteilung in die Krankenhausstruktur (selbständig | zugeordneter Funktionsbereich etc.)

2.1 Bettenführende Station/-en

_____ Bettenzahl _____

_____ Bettenzahl _____

_____ Bettenzahl _____

2.2 Intensivabteilung JA NEIN Bettenzahl _____

Bitte gesonderte Angaben zur intensiv-stationären Weiterbildung als **ANLAGE 1** beifügen

2.3 Spezialabteilungen (z.B. Notaufnahme, Poliklinik, Ambulanz, Funktionsabteilung etc.)

3. Besondere apparative Ausstattung der Abteilung

Bitte gesonderte Angaben hierzu als **ANLAGE 2** beifügen

4. Angaben zu Kooperationen mit anderen Einrichtungen / Abteilungen

Bitte gesonderte Angaben hierzu als **ANLAGE 3** beifügen

5. Angaben zu Qualitätssicherungsmaßnahmen / Zertifizierungen

6. Werden interdisziplinäre Konferenzen (z.B. Tumorkonferenzen) durchgeführt?

- JA
 NEIN

7. Zugang zu Fachinformationen

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bibliothek mit gängiger Fachliteratur | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Nutzung von Datennetzen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Regelmäßige Klinikfortbildung | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

D. ANGABEN ZUR STRUKTURIERUNG DER WEITERBILDUNG IN IHRER ABTEILUNG:

1. Bitte gegliedertes Programm für die Weiterbildung (Weiterbildungsplan | § 5 Abs. 6 WBO) als **gesonderte ANLAGE** beifügen

2. Ist für die Absolvierung der Weiterbildung in Ihrer Abteilung eine Rotation erforderlich?

- JA NEIN

Falls JA, ist die Rotation für die Weiterzubildenden organisatorisch gesichert?

- JA NEIN

3.1 Das **elektronische Logbuch** für die Weiterbildung dient der kontinuierlichen Dokumentation der absolvierten Weiterbildungsinhalte durch die Weiterzubildenden. Darüber hinaus erfolgt im Logbuch auch die Bestätigung des erreichten Weiterbildungsstandes sowie die Dokumentation der Jahresgespräche durch die zur Weiterbildung Befugten (vergl. § 2a Nr. 8 i.V.m. § 8 Abs. 1 WBO).

Ich versichere, dass ich mich zum Zeitpunkt der Antragsstellung über das Mitgliederportal für das eLogbuch registriert habe!

- Beachten Sie, dass Sie, wenn Sie zum ersten Mal befugt werden, zunächst mit der Rolle „Arzt/Ärztin in Weiterbildung“ für das eLogbuch registriert werden. Mit Erhalt des Bescheids wird Ihre Rolle automatisch in „Weiterbildungsbefugte/r“ geändert. Sie müssen hierfür nichts umstellen.

(Bitte nachfolgende Punkte 3.2 und 3.3 beachten)

3.2 Gemäß § 8 Abs. 1 WBO ist die Dokumentation Teil der Weiterbildung. Ich habe die Weiterzubildenden darüber informiert, dass die geforderten Weiterbildungsinhalte gemäß § 8 Abs. 1 WBO kontinuierlich im **elektronischen Logbuch** zu dokumentieren sind.

- JA

3.3 Mindestens einmal jährlich bestätige ich den Weiterbildungsstand der Weiterzubildenden im **elektronischen Logbuch**.

- JA

4.1 Welche Fortbildungsmöglichkeiten bestehen an Ihrer Weiterbildungsstätte für die Weiterzubildenden?

4.2 Erfolgt eine Freistellung der Weiterzubildenden für den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen?

- JA NEIN

E. ANGABEN ZUR PERSONELLEN BESETZUNG:

Gesamtzahl Ärztliches Personal: (der Abteilung, für die die Befugnis beantragt wird): _____, davon

Chefarzt/-ärzte: _____

Oberarzt/-ärzte _____ Name(n) der Oberärzte: _____

Fachärzte: _____

Assistenzarzt/-ärzte: _____

Ärzte in Weiterbildung im beantragten Fach: Vollzeit _____ Teilzeit _____

Konsiliarärzte für die Abteilung

NEIN

JA, mit Fachrichtung(en)

F. ALLGEMEINE STATISTISCHE ANGABEN DER ABTEILUNG:

1. Fallzahl pro Jahr _____

2. Durchschnittliche Verweildauer _____ (Tage)

3. Belegung im Berichtsjahr in % _____

Spezielles Leistungsspektrum/Jahresstatistik des Vorjahres sowie Ausdruck des
aktuellen Qualitätsberichts der Abteilung als gesonderte ANLAGE beifügen

G. ANGABEN ZU DEN AN DER WB-STÄTTE VERMITTELBAREN KOMPETENZEN

Bitte gesondert im Erhebungsbogen ausfüllen!

Hiermit wird versichert, dass alle Angaben vollständig und korrekt sind

Sämtliche Korrespondenz zu meinem Antrag kann per E-Mail erfolgen.

Empfänger des Gebührenbescheides, falls dieser nicht Sie selbst sind:

Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Unterschrift /Stempel Antragstellende

Datum: _____

ANLAGE 1

ANGABEN ZUR INTENSIV-STATIONÄREN WEITERBILDUNG

Besteht die Möglichkeit einer Weiterbildung auf der Intensivstation?

JA NEIN

Handelt es sich um eine fachspezifische oder interdisziplinäre Intensivstation?

fachspezifisch interdisziplinär

Verfügt Ihre Abteilung _____ (bitte eintragen)
dort über eigene Betten?

JA, und zwar _____ Betten NEIN

Wem obliegt die Leitung der Intensivstation bzw. wer hat die Weisungsbefugnis (bitte angeben)?

Leitung ITM:

Weisungsbefugnis ITM:

ANLAGE 3

ANGABEN ZU KOOPERATIONEN MIT ANDEREN EINRICHTUNGEN /

ABTEILUNGEN: (z.B. Pathologie, Radiologie, Labor, Mikrobiologie, Praxen, MVZ und öffentliche Einrichtungen)

Kooperationspartner:

Name(n) der anleitenden Person(en):

Kooperationsinhalt(e):

Bitte fügen Sie einen von allen Beteiligten gemeinsam
unterzeichneten Kooperationsvertrag als gesonderte **ANLAGE** bei.

ERHEBUNGSBOGEN

Weiterbildungsbefugnis ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin

Angaben zu den vermittelbaren Kompetenzen an der Weiterbildungsstätte

(KM = Kognitive und Methodenkompetenz | H = Handlungskompetenz)

Kompetenz- Nummer	Kompetenz- Ebene KM / H	WB-Block	JA	NEIN	Leistungszahl Berichtszeitraum 12 Monate	Nachweis durch
		Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin				
1	KM	Rechtliche Grundlagen der notfallmedizinischen Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
2	KM	Aspekte der Organisation, Ausstattung und Personalplanung von Zentralen Notfallaufnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
3	KM	Ersteinschätzungssysteme, Triagierung und Scores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
4	KM	Zusammenarbeit mit internen und externen Partnern, z. B. Rettungsdienst, KV-Dienst, anderen Fachabteilungen und Fachkliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
5	KM	Sektorenübergreifende Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
6	KM	Grundlagen der Verletzungsartenverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
7	KM	Massenanfall von Notfallpatienten, Pandemieplanung, Grundlagen der Katastrophenmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
8	H	Rechtliche Grundlagen der notfallmedizinischen Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
9	H	Aspekte der Organisation, Ausstattung und Personalplanung von Zentralen Notfallaufnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
		Organbezogene und spezifische Notfallsituationen				
10	KM	Differentialdiagnostik und Therapieoptionen organbezogener Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.1	KM	- kardiovaskuläre Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft

Kompetenz- Nummer	Kompetenz- Ebene KM / H	WB-Block	JA	NEIN	Leistungszahl Berichtszeitraum 12 Monate	Nachweis durch
		FORTSETZUNG: Organbezogene und spezifische Notfallsituationen				
10.2	KM	- hämatologische und onkologische Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.3	KM	- immunologische Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.4	KM	- Infektionskrankheiten und Sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.5	KM	- endokrine und metabolische Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.6	KM	- Flüssigkeits- und Elektrolytstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.7	KM	- gastrointestinale und hepatologische Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.8	KM	- respiratorische Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.9	KM	- nephrologische und urologische Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.10	KM	- dermatologische Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.11	KM	- Notfälle im Hals-, Nasen- Ohren-, Mund- und Nackenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.12	KM	- gynäkologische Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.13	KM	- muskuloskelettale Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.14	KM	- neurologische Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.15	KM	- neurochirurgische Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.16	KM	- ophthalmologische Notfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.17	KM	- psychiatrische Notfälle und Verhaltensstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.18	KM	- Trauma (stumpf/penetrierend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
10.19	KM	- akute Notfälle durch Umwelteinflüsse, thermische, hyper- und hypobare Exposition und elektrischen Strom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
		Symptomorientierte Erstdiagnostik und Initialtherapie				
11	H	Erstdiagnostik, Initialtherapie und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung bei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11.1	H	- Dyspnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft

Kompetenz- Nummer	Kompetenz- Ebene KM / H	WB-Block	JA	NEIN	Leistungszahl Berichtszeitraum 12 Monate	Nachweis durch
		FORTSETZUNG Symptomorientierte Erstdiagnostik und Initialtherapie				
11.2	H	- Herzrasen, Palpitationen und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.3	H	- Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.4	H	- nicht-traumatologischen Blutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.5	H	- Trauma mit und ohne vitaler Bedrohung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.6	H	- Schock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.7	H	- Dysurie, Oligo-Anurie, Polyurie, Hämaturie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.8	H	- akuten Störungen des Bewusstseins und Bewusstseinsverlust, Synkopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.9	H	- Störungen des Gedächtnisses, der Kognition und des Verhaltens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.10	H	- akuten Gefühlsstörungen, Lähmungen, Gang- und Bewegungsstörungen und Sprach- und Sprechstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.11	H	- akuten Bauch- und Leistenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.12	H	- Schmerzen und akuten Veränderungen der unteren und oberen Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.13	H	- Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.14	H	- Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.15	H	- epileptischen Anfällen und Status epilepticus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.16	H	- akuten Nacken- und Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.17	H	- akuten Hautveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.18	H	- Ikterus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
11.19	H	- Veränderungen der Körpertemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft

Kompetenz- Nummer	Kompetenz- Ebene KM / H	WB-Block	JA	NEIN	Leistungszahl Berichtszeitraum 12 Monate	Nachweis durch
		Alters- und geschlechtsbezogene Notfälle				
12	KM	Besonderheiten der Diagnostik und Therapie im Kindes- und Jugendalter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
13	KM	Besonderheiten der Diagnostik und Therapie in der Schwangerschaft und gynäkologischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
14	KM	Pharmakotherapie in der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
15	KM	Besonderheiten von Symptomen und Erkrankungen bei geriatrischen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
16	H	Reanimation von Kindern und Jugendlichen, auch als Reanimationstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
17	H	Erstdiagnostik, Initialtherapie und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung bei Notfällen im Kindes- und Jugendalter, insbesondere Schmerzen, Verbrennungen, Verbrühungen, Intoxikationen, Fieber/Sepsis, schreiendes Baby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
18	H	Erstdiagnostik, Initialtherapie und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung bei gynäkologischen und geburtshilflichen Notfällen, insbesondere Extrauterin gravidität, Eklampsie, Verletzungen, Blutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
19	H	Erstdiagnostik, Initialtherapie und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung bei geriatrischen Patienten, insbesondere bei Delir, Demenz, Medikamenteninteraktionen und Überdosierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
		Notfallmedizinische Kernverfahren				
20	H	Notfallmäßige Sicherung der Atemwege einschließlich endotrachealer Intubation sowie Algorithmus bei schwieriger Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
21	H	Atmungs- und Beatmungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
22	H	Pleurapunktion und Thoraxdrainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
23	H	Kardiopulmonale Reanimationen bei Erwachsenen und Kindern einschließlich Postreanimationstherapie sowie Temperaturmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft

Kompetenz- Nummer	Kompetenz- Ebene KM / H	WB-Block	JA	NEIN	Leistungszahl Berichtszeitraum 12 Monate	Nachweis durch
		FORTSETZUNG Notfallmedizinische Kernverfahren				
24	H	Herz-Kreislauf-Unterstützung und Durchführung von kardialen Maßnahmen einschließlich Anlage von Gefäßzugängen, Schrittmachertherapie, Perikardpunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
25	H	Sedierung und Analgesie einschließlich Lokal-, Oberflächen- und Regionalanästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
26	H	Akutschmerztherapie bei akuten Schmerzen, akuter Exazerbation chronischer Schmerzen und Tumorschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
27	H	Traumaversorgung, insbesondere Frakturruhigstellung, Reposition, Wundversorgung, Verbands- und Gipstechniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
28	H	Polytraumamanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
29	H	Akutversorgung des Schlaganfalls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
30	H	Durchführung und Befunderstellung von Notfalldiagnostik, insbesondere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
30.1	H	- EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
30.2	H	- Notfallsonographie von Abdomen, Thorax, Herz, Gefäßen und Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
31	H	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Labordiagnostik im Notfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
32	H	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Röntgen- und CT-Untersuchungen im Notfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
33	H	Maßnahmen bei akuten Intoxikationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
34	H	Maßnahmen bei Ertrinkungsunfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
35	H	Maßnahmen im HNO-Bereich, z. B. Rhinoskopie, Nasentamponade, Otoskopie, Trachealkanülenwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
36	H	Maßnahmen am Gastrointestinaltrakt, z. B. Legen von Magensonden, Magenspülung, Aszitespunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
37	H	Maßnahmen am Urogenitaltrakt, z. B. Anlage transurethraler und suprapubischer Blasenkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft

Kompetenz- Nummer	Kompetenz- Ebene KM / H	WB-Block	JA	NEIN	Leistungszahl Berichtszeitraum 12 Monate	Nachweis durch
		FORTSETZUNG Notfallmedizinische Kernverfahren				
38	H	Maßnahmen im Bereich des Muskel- und Skelettsystems, z. B. Abszessspaltung, Gelenkpunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
39	H	Maßnahmen bei neurologischen Symptomen/Diagnosen, z. B. Liquorpunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
40	H	Maßnahmen am Auge, z. B. Entfernung von Fremdkörpern, Augenspülung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
41	H	Maßnahmen im Bereich Geburtshilfe und Gynäkologie, z. B. notfallmäßige Entbindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
42	H	Erstversorgung von Neugeborenen, z. B. Wärmeerhalt, Reanimation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft
43	H	Koordination und Begleitung des Transports von Schwerstkranken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Verbindliche Selbstauskunft

Unterschrift /Stempel Antragstellende

Datum: _____