

Logbuch der Landesärztekammer Baden-Württemberg



| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Name weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Geburtsdatum |
|-------------------------------------|--------------|

Zusatz-Weiterbildung Magnetresonanztomographie

| | |
|---|--|
| Definition | Die Zusatz-Weiterbildung in der Magnetresonanztomographie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Durchführung und Befundung der gebietsbezogenen Magnetresonanztomographie. |
| Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO | Facharztanerkennung und zusätzlich 24 Monate Magnetresonanztomographie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten im Gebiet Radiologie, davon <ul style="list-style-type: none"> ▫ können bis zu 12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Magnetresonanztomographie erfolgen |

Weiterbildungsabschnitte

| | |
|---|----------------------|
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| | |
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| | |
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| | |
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| | |
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
| | |

Zusatz-Weiterbildung Magnetresonanztomographie

| | |
|---|----------------------|
| Weiterbildungszeitraum und Arbeitszeit in % | Weiterbildungsstätte |
|---|----------------------|

Weiterbildungsgespräche

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |

Zusatz-Weiterbildung Magnetresonanztomographie

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |
| Gesprächsdatum | Gesprächsinhalt/Verweis auf Gesprächsprotokoll | |
| Datum, Unterschrift weiterzubildende/r Arzt/Ärztin | Name Weiterbilder/in | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in |

Weiterbildungsinhalte der Zusatz-Weiterbildung

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Strahlenschutz | | | | | | |
| Prinzipien der nicht-ionisierenden Strahlung | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Strahlenbiologische Effekte | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Reduktionsmöglichkeiten der medizinisch induzierten Strahlenexposition bei Patienten und Personal | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Stellenwert der unterschiedlichen bildgebenden Verfahren in der Diagnostik | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Umgang mit Besonderheiten des Schutzes vor nicht-ionisierender Strahlung im Kindes- und Jugendalter, bei Schwangeren und Risikopatienten | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Technik der Magnetresonanztomographie | | | | | | |
| Grundlagen der Datenakquisition, Bild- und Datenverarbeitung und -nachbearbeitung sowie deren Archivierung, insbesondere der physikalischen und biophysikalischen Grundlagen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Grundlagen der Gerätekunde bei der Anwendung von Magnetresonanzverfahren | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Prinzipien von Magnetfeldstärke, Gradientenstärke, Hochfrequenz, Orts- und Zeitauflösung | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Patientenüberwachung einschließlich der Sicherheitsmaßnahmen für Patienten und Personal | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Typische Artefakte in der MRT und ihre Ursachen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Korrekte Wahl der Akquisitionsparameter unter Berücksichtigung der Sicherheitsvorschriften und des Strahlenschutzes | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Kontrastmittel | | | | | | |
| Prinzipien der Struktur, Pharmakologie, Klassifikation und Dosis sowie Indikationen und Kontraindikationen von MRT-Kontrastmitteln | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| Risiken und Nebenwirkung von MRT-Kontrastmitteln | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Indikationsgemäße Auswahl, Dosierung und Pharmakokinetik von MRT-Kontrastmitteln, insbesondere unter Berücksichtigung von Patienten mit erhöhtem Risiko | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | |
| | Erstmaßnahmen bei kontrastmittelassoziierten Komplikationen, z. B. anaphylaktischer/anaphylaktoider Reaktionen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zusatz-Weiterbildung Magnetresonanztomographie

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | | | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---------|--|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Erstellung und Anwendung von MRT-Untersuchungsprotokollen für die gebietsbezogene Magnetresonanztomographie einschließlich geeigneter Kontrastmittel | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| | | Erkennung typischer Neben- und Zufallsbefunde im Untersuchungsvolumen außerhalb des Organbezugs | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Gebietsbezogene MRT | | | | | | | | | |
| | | Indikationsstellung, Durchführung und Befunderstellung von gebietsbezogenen MRT-Untersuchungen | | | 1.000 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachgewiesene Zahl 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | 4. Jahr | 5. Jahr | 6. Jahr | Gesamt | | | |
| Kommentar | | | | | Datum, Unterschrift Weiterbilder/in | | | | |
| Weitere Inhalte, die über die Anforderungen der Weiterbildungsordnung hinausgehen | | | | | | | | | |

| Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse | Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten | nachgewiesene Zahl/Richtzahl | benennen und beschreiben | systematisch einordnen und erklären | unter Anleitung durchführen | selbstver- antwortlich durchführen |
|--|---|---------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Gegebenenfalls auf gesondertem Blatt | | | | | | |