

Teilgebiet Neuroradiologie

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Bemerkungen des/der Weiter- bildungsermächtigten *	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschriften
den Grundlagen neurologisch-neurochirurgischer und psychiatrischer Erkrankungen		
den Untersuchungen des zentralen Nervensystems einschließlich der Schädelbasis und ihrer benachbarten Räume, des autonomen Nervensystems, der peripheren Nerven mittels Computertomographie und Magnetresonanztomographie		
den Untersuchungen der Liquorräume des Kopfes und Spinalkanals mit intrathekalem Kontrastmittel wie Myelographie, Zisternographie		
der Kontrastmittel-Katheter-Angiographie von hirnversorgenden und spinalen Gefäßen		

* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten:

Teilgebiet Neuroradiologie

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WO *			Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Unterschriften:
		Datum:			
Ultraschalluntersuchungen einschließlich Doppler-/ Duplex-Untersuchungen der extrakraniellen hirnversorgenden und intrakraniellen Gefäße	200				
Röntgennativdiagnostik	400				
diagnostische und funktionelle Computertomographie an					
- Gehirn und Liquorräumen (500)	500				
- Schädelbasis und Hals (500)	500				
- Wirbelsäule und Rückenmark (500)	500				
- muskuloskelettales System (200)	200				
diagnostische Angiographien der hirnversorgenden und spinalen Gefäße (400), davon	400				
Katheterangiographien (100)	100				
Myelographie	50				
diagnostische, dynamische, funktionelle und spektroskopische Magnetresonanztomographie einschließlich					
- Gehirn und Liquorräumen (500)	500				
- Schädel und Hals (500)	500				
- Wirbelsäule und Rückenmark (500)	500				
- muskuloskelettales System (300)	300				

Interventionelle neuroradiologische Verfahren, davon					
- rekanalisierende Eingriffe (Lyse, PTA, Stent) (10)	10				
- gefäßverschießende Eingriffe (Embolisation, Coiling)	10				
- perkutane Therapie oder Biopsie bei Gefäßmissbildungen, Tumoren oder Schmerzzuständen (10)	10				

* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungermächtigten:

Dokumentation der jährlichen Gespräche gemäß § 8 WBO

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes: _____

Gesprächsinhalt:

Datum des Gesprächs:

Unterschrift des Ermächtigten:

Unterschrift des/r Assistenz-Arztes/Ärztin:

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes: _____

Gesprächsinhalt:

Datum des Gesprächs:

Unterschrift des Ermächtigten:

Unterschrift des/r Assistenz-Arztes/Ärztin:

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes: _____

Gesprächsinhalt:

Datum des Gesprächs:

Unterschrift des Ermächtigten:

Unterschrift des/r Assistenz-Arztes/Ärztin:
