

Antrag auf Zulassung zur Prüfung

gemäß Übergangsbestimmungen in § 20 Absatz 4 WBO 2020

Erlangung der Zusatz-Weiterbildung Kardiale Magnetresonanztomographie

Antragstellerin/Antragsteller:

Vorname: _____ Name: _____
Geb.-Name: _____ Staatsangeh.: _____
Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____
Geschlecht: männlich weiblich divers

Privatanschrift:

Telefon: _____ E-Mail: _____

Aktueller Tätigkeitsort:

Telefon : _____ E-Mail: _____

Für die Prüfungsplanung:

Der Erwerb der o.a. Bezeichnung setzt eine erfolgreiche mündliche Prüfung voraus.

Für unsere weitere Planung benötigen wir eine Angabe von Ihnen, welcher Prüfungszeitraum für Sie **nicht** in Frage kommt (bitte ankreuzen). Nach erfolgter Zulassung zur Prüfung, werden wir Ihnen – unter Berücksichtigung Ihrer nachstehenden Angaben – einen Prüfungstermin vorschlagen.

- Ich möchte keinen Prüfungstermin vor dem: _____
 Ich möchte keinen Prüfungstermin im Monat: _____

Wird von der Ärztekammer ausgefüllt:

Antragsübermittlung persönlich per Post || Anfertigung von _____ Kopien / Hz./Datum: _____

Promotionsurkunde (sofern noch nicht vorgelegt) an ÄV weitergeleitet

1. Voraussetzungen zum Erwerb der Bezeichnung:

- Facharztanerkennung Innere Medizin und Kardiologie

2. Nachzuweisende Tätigkeit(en) gemäß § 20 Abs. 4 WBO 20:

Gemäß § 20 Abs. 4 WBO 20 muss nachgewiesen werden, dass durch eine regelmäßige Tätigkeit umfassende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben wurden, die den Mindestanforderungen und der Mindestdauer der Weiterbildung (hier: 12 Monate) entsprechen.

Bitte listen Sie Ihre entsprechenden Tätigkeiten bzw. Zeiten in der Tabelle auf Seite 3 auf und reichen Sie darüber hinaus einen Lebenslauf mit beruflichem Werdegang ein.

Mit dem Antrag sind ferner umfassende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten nachzuweisen, diese können Sie der angefügten Aufstellung der inhaltlichen Voraussetzungen für die ZWB Kardiale Magnetresonanztomographie (Seite 4) entnehmen.

Als geeignete Nachweise für den Antrag auf Zulassung zur Prüfung kommen folgende Unterlagen in Betracht (bitte ankreuzen und als ANLAGEN beifügen):

- Zeugnisse und/oder andere Tätigkeitsbescheinigungen
- Arbeitsverträge
- Abrechnungsunterlagen/-statistiken
- ggf. Kursnachweise
- ggf. bereits erworbene Zertifikate

HINWEIS:

Das Antragsformular muss im Original unterschrieben vorgelegt werden. Die Anlagen sind im Original oder als beglaubigte Kopie einzureichen.

Hiermit erkläre ich, dass (bitte ankreuzen

- ich zum Zeitpunkt der Prüfung Mitglied der Ärztekammer Hamburg sein werde
- zu der beantragten Bezeichnung kein Anerkennungsverfahren bei einer anderen Ärztekammer anhängig ist oder war
- sämtliche Korrespondenz, die im Zusammenhang mit meinem Antrag zu führen ist, per E-Mail erfolgen kann

Datum: _____

Unterschrift: _____

Auflistung der Tätigkeiten in der Zusatz-Weiterbildung Kardiale Magnetresonanztomographie

Zeitraum	Name der Weiterbildungsstätte (Klinik / Praxis / sonstige Einrichtung)	Angaben zu Ihrer Tätigkeit bzw. d.h. ausgeübte Funktion <small>(bitte ankreuzen)</small>	ggf. Klinik / Abteilung und Name der Anleiterin / des Anleiters	Tätigkeitsumfang	Zeit in Monaten
von		<input type="radio"/> Funktionsoberärztin/-arzt <input type="radio"/> Oberärztin/-arzt <input type="radio"/> Leitende Ärztin/Arzt <input type="radio"/> Sonstige	Klinik / Abteilung: Name:	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
bis					
von		<input type="radio"/> Funktionsoberärztin/-arzt <input type="radio"/> Oberärztin/-arzt <input type="radio"/> Leitende Ärztin/Arzt <input type="radio"/> Sonstige	Klinik / Abteilung: Name:	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
bis					
von		<input type="radio"/> Funktionsoberärztin/-arzt <input type="radio"/> Oberärztin/-arzt <input type="radio"/> Leitende Ärztin/Arzt <input type="radio"/> Sonstige	Klinik / Abteilung: Name:	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
bis					
von		<input type="radio"/> Funktionsoberärztin/-arzt <input type="radio"/> Oberärztin/-arzt <input type="radio"/> Leitende Ärztin/Arzt <input type="radio"/> Sonstige	Klinik / Abteilung: Name:	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
bis					
von		<input type="radio"/> Funktionsoberärztin/-arzt <input type="radio"/> Oberärztin/-arzt <input type="radio"/> Leitende Ärztin/Arzt <input type="radio"/> Sonstige	Klinik / Abteilung: Name:	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
bis					

Auszug eLogbuch

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
Strahlenschutz		
Prinzipien der nicht-ionisierenden Strahlung		
Strahlenbiologische Effekte		
Reduktionsmöglichkeiten der medizinisch induzierten Strahlenexposition bei Patienten und Personal		
Stellenwert der unterschiedlichen bildgebenden Verfahren in der Diagnostik		
	Umgang mit Besonderheiten des Schutzes vor nicht-ionisierender Strahlung im Kindes- und Jugendalter, bei Schwangeren und Risikopatienten	
Technik der Magnetresonanztomographie		
Grundlagen der Datenakquisition, Bild- und Datenverarbeitung und -nachbearbeitung sowie deren Archivierung, insbesondere der physikalischen und biophysikalischen Grundlagen		
Grundlagen der Gerätekunde bei der Anwendung von Magnetresonanzverfahren		
Prinzipien von Magnetfeldstärke, Gradientenstärke, Hochfrequenz, Orts- und Zeitauflösung		
Patientenüberwachung einschließlich der Sicherheitsmaßnahmen für Patienten und Personal		
Typische Artefakte in der MRT und ihre Ursachen		
	Korrekte Wahl der Akquisitionsparameter unter Berücksichtigung der Sicherheitsvorschriften und des Strahlenschutzes	
Kontrastmittel		
Prinzipien der Struktur, Pharmakologie, Klassifikation und Dosis sowie Indikationen und Kontraindikationen von MRT-Kontrastmitteln		
Risiken und Nebenwirkung von MRT-Kontrastmitteln		
	Indikationsgemäße Auswahl, Dosierung und Pharmakokinetik von MRT-Kontrastmitteln, insbesondere unter Berücksichtigung von Patienten mit erhöhtem Risiko	
	Erstmaßnahmen bei kontrastmittelassozierten Komplikationen, z. B. anaphylaktischer/anaphylaktoider Reaktionen	
	Erstellung und Anwendung von MRT-Untersuchungsprotokollen für die gebietsbezogene Magnetresonanztomographie einschließlich geeigneter Kontrastmittel	
	Erkennung typischer Neben- und Zufallsbefunde im Untersuchungsvolumen außerhalb des Organbezugs	
Organbezogene MRT		
	Indikationsstellung, Durchführung und Befunderstellung von MRT-Untersuchungen am Herzen und herznahen Gefäßen, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit, davon	500
	- pathologische Befunde	250
	- medikamentöse Stresstests	150
	- Kontrastmitteluntersuchungen	100