

Zusatzqualifikation Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen

Ausfüllhinweise und Hinweise zum Datenschutz

Das Ausfüllen der Stammdaten in der PDF-Datei ist vor dem Ausdrucken des Logbuches unbedingt erforderlich! Ihre Stammdaten werden automatisch auf alle Folgeseiten des Logbuches übertragen. Es sind nur Prozeduren anzugeben, die vom Kandidaten (selbstständig/unter Anleitung oder in Assistenz) durchgeführt wurden. Sie sind in chronologischer Reihenfolge anzugeben.

Die Prozedurnummer ist eine eindeutige Kennzeichnung, welche von der DGK vorgegeben wird. Der Kandidat ist dafür verantwortlich, in einer einrichtungsinternen Dokumentation unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen sicherzustellen, dass er die Kennzeichnung einer bestimmten Prozedur einem bestimmten Patienten zuordnen kann. Die Prüfungskommission behält sich vor, ggf. stichprobenartige Überprüfungen der Angaben vorzunehmen. Angaben in diesem Logbuch, die darüber hinaus die Zuordnung zu einem bestimmten Patienten ermöglichen (z. B. Patienten-Initialen, Geburtsdaten, Archivnummern usw.) sind nicht zulässig. Der Kandidat ist zuständig für die Einhaltung des Datenschutzes.

Es sind folgende Kürzel für das Logbuch zu verwenden:

¹ Legende zur Untersuchungsart:

Diagn. Angiographie	ANGIO
Perkutane transluminale Angioplastie/Interv.	PTA
PTA Carotis	PTA-ACI
PTA Subclavia	PTA-SCL
PTA Niere	PTA-NAS
PTA viszeral	PTA-VIS
PTA Becken/Beine	PTA-PER
PTA Aorta thor	EVAR-THO
PTA Aorta abd.	EVAR-ABD

² Legende zur klinischen Indikation:

Carotisstenose asympt.	ACIAS
Subclaviastenose/subclavian steal	SCLST
Aortenaneurysma thor.	AOTHO
Aortenaneurysma abd.	AOABD
Nierenarterienstenose renovask. Hypertonie	NASHT
Nierenarterienstenose Niereninsuff.	NASNI
Viszeralarterienstenose/-ischämie	VISST
PAVK II-IV	PAVKII, PAVKIII, PAVKIV

³ Legende Operateure:

Erster Untersucher unter Anleitung:	Anleitung durch: (bitte Namen eintragen)
Selbstständiger erster Untersucher:	Selbst / Zweituntersucher: bitte Namen eintragen

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Mindestzahlen lt. Curriculum

Die Mindestzahlen variieren je nach beantragtem Teilbereich. Unter den jeweiligen Überschriften finden Sie die entsprechenden Mindestzahlen.

STAMMDATEN

Das Ausfüllen der Stammdaten ist vor dem Ausdrucken des Logbuches unbedingt erforderlich! Ihre Stammdaten werden automatisch auf alle Folgeseiten des Logbuches übertragen.

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____

Leiter der Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Angaben für Ihre fortlaufende Prozedurnummer:

Initialen: _____ (jeweils der erste Buchstabe des Vor- und Nachnamens ohne Punkt; z.B. Christian Mustermann = CM)

Geburtsdatum: _____ (ohne Punkt; z.B. 01.01.1968 = 01011968)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Interventionelle Therapie der peripheren Arterien und Beckenarterien (ITpABA)

Zur selbstständigen Erbringung ist eine Erfahrung von mindestens 100 Katheterangiographien (50 eigenständig) und mindestens 50 perkutanen Interventionen (25 eigenständig) an peripheren Gefäßen (aortoiliakales Stromgebiet sowie infrainguinale Arterien) Voraussetzung.

Diagnostische Angiographien können im Rahmen von Interventionen erbracht werden. Bitte dokumentieren Sie ggf. beide Prozeduren entsprechend in einem jeweils separaten Feld.

Prozedur-Nummer (ITpABA)		Prozedur-Datum	Art der Untersuchung ¹	Klinische Indikation ²	Operateur ³
	-1				
	-2				
	-3				
	-4				
	-5				
	-6				
	-7				
	-8				
	-9				
	-10				
	-11				
	-12				
	-13				
	-14				
	-15				
	-16				
	-17				
	-18				



Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Prozedur-Nummer (ITpABA)	Prozedur-Datum	Art der Untersuchung ¹	Klinische Indikation ²	Operator ³
	-19			
	-20			
	-21			
	-22			
	-23			
	-24			
	-25			
	-26			
	-27			
	-28			
	-29			
	-30			
	-31			
	-32			
	-33			
	-34			
	-35			
	-36			
	-37			
	-38			
	-39			
	-40			
	-41			
	-42			
	-43			



Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Prozedur-Nummer (ITpABA)	Prozedur-Datum	Art der Untersuchung ¹	Klinische Indikation ²	Operator ³
-44				
-45				
-46				
-47				
-48				
-49				
-50				
-51				
-52				
-53				
-54				
-55				
-56				
-57				
-58				
-59				
-60				
-61				
-62				
-63				
-64				
-65				
-66				
-67				
-68				



Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Prozedur-Nummer (ITpABA)	Prozedur-Datum	Art der Untersuchung ¹	Klinische Indikation ²	Operator ³
-69				
-70				
-71				
-72				
-73				
-74				
-75				
-76				
-77				
-78				
-79				
-80				
-81				
-82				
-83				
-84				
-85				
-86				
-87				
-88				
-89				
-90				
-91				
-92				
-93				



Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Prozedur-Nummer (ITpABA)	Prozedur-Datum	Art der Untersuchung ¹	Klinische Indikation ²	Operator ³
	-94			
	-95			
	-96			
	-97			
	-98			
	-99			
	-100			
	-101			
	-102			
	-103			
	-104			
	-105			
	-106			
	-107			
	-108			
	-109			
	-110			
	-111			
	-112			
	-113			
	-114			
	-115			
	-116			
	-117			
	-118			

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation ITaG



Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Prozedur-Nummer (ITpABA)	Prozedur-Datum	Art der Untersuchung ¹	Klinische Indikation ²	Operator ³
-119				
-120				
-121				
-122				
-123				
-124				
-125				
-126				
-127				
-128				
-129				
-130				
-131				
-132				
-133				
-134				
-135				
-136				
-137				
-138				
-139				
-140				
-141				
-142				
-143				



Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Prozedur-Nummer (ITpABA)		Prozedur-Datum	Art der Untersuchung ¹	Klinische Indikation ²	Operator ³
	-144				
	-145				
	-146				
	-147				
	-148				
	-149				
	-150				

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Interventionelle Therapie der Viszeral- und Nierenarterien (ITVNA)

Für die Intervention an Viszeralgefäßen und den Nierenarterien mit vorwiegend ballonexpandierbarer Stent-PTA werden eine zusätzliche Qualifikation mit mindestens 25 diagnostischen Angiographien – (10 eigenständig), hiervon mindestens 15 selektive Angiographien (10 eigenständig) – und 10 eigenständig durchgeführte perkutan-interventionelle Eingriffe an den genannten Gefäßen gefordert.

Diagnostische Angiographien können im Zusammenhang mit einer Intervention erbracht werden. Bitte dokumentieren Sie ggf. beide Prozeduren entsprechend in einem jeweils separaten Feld.

Prozedur-Nummer (ITVNA)		Prozedur-Datum	Art der Untersuchung ¹	Klinische Indikation ²	Operator ³
	-1				
	-2				
	-3				
	-4				
	-5				
	-6				
	-7				
	-8				
	-9				
	-10				
	-11				
	-12				
	-13				
	-14				
	-15				
	-16				
	-17				
	-18				
	-19				



Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Prozedur-Nummer (ITVNA)		Prozedur-Datum	Art der Untersuchung ¹	Klinische Indikation ²	Operator ³
	-20				
	-21				
	-22				
	-23				
	-24				
	-25				
	-26				
	-27				
	-28				
	-29				
	-30				
	-31				
	-32				
	-33				
	-34				
	-35				

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Interventionelle Therapie der Aorta/Aortenaneurysmen

Für die Durchführung von Behandlungen unter Verwendung endoluminaler Aortenprothesen wird eine zusätzliche Qualifikation mit mindestens 20 Implantationen endoluminaler Aortenprothesen vorausgesetzt, davon mindestens fünf thorakale und fünf abdominelle Prothesen unter Anleitung.

Prozedur-Nummer (ITVNA)		Prozedur-Datum	Art der Untersuchung ¹	Klinische Indikation ²	Operator ³
	-1				
	-2				
	-3				
	-4				
	-5				
	-6				
	-7				
	-8				
	-9				
	-10				
	-11				
	-12				
	-13				
	-14				
	-15				
	-16				
	-17				
	-18				
	-19				
	-20				

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Interventionelle Therapie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße (ITehG)

Eine Qualifikation mit mindestens 25 selektiven diagnostischen Katheterangiographien der supraaortalen Gefäße als Erstuntersucher unter Supervision wird vorausgesetzt. Für die Karotisintervention wird aufbauend auf den diagnostischen Katheterangiographien der hirnversorgenden Gefäße eine zusätzliche Qualifikation mit mindestens 25 eigenständig durchgeführten interventionellen Eingriffen an hirnversorgenden Arterien als Erstuntersucher unter Supervision vorausgesetzt. Diagnostische Angiographien können im Zusammenhang mit einer Intervention erbracht werden. Bitte dokumentieren Sie ggf. beide Prozeduren entsprechend in einem jeweils separaten Feld.

Prozedur-Nummer (ITehG)		Prozedur-Datum	Art der Untersuchung ¹	Klinische Indikation ²	Operateur ³
	-1				
	-2				
	-3				
	-4				
	-5				
	-6				
	-7				
	-8				
	-9				
	-10				
	-11				
	-12				
	-13				
	-14				
	-15				
	-16				
	-17				
	-18				



Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Prozedur-Nummer (ITehG)		Prozedur-Datum	Art der Untersuchung ¹	Klinische Indikation ²	Operateur ³
	-19				
	-20				
	-21				
	-22				
	-23				
	-24				
	-25				
	-26				
	-27				
	-28				
	-29				
	-30				
	-31				
	-32				
	-33				
	-34				
	-35				
	-36				
	-37				
	-38				
	-39				
	-40				
	-41				
	-42				



Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Prozedur-Nummer (ITeHG)		Prozedur-Datum	Art der Untersuchung ¹	Klinische Indikation ²	Operator ³
	-43				
	-44				
	-45				
	-46				
	-47				
	-48				
	-49				
	-50				



Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Interventionelle Therapie von Dialyseshunt (ITDh)

Für die Intervention an Hämodialyseshunt werden eine zusätzliche Qualifikation mit mindestens 25 diagnostischen Katheterangiographien von Hämodialyseshunt (15 eigenständig) sowie 15 eigenständige perkutane interventionelle Eingriffe an Hämodialyseshunt gefordert.
Diagnostische Angiographien können im Zusammenhang mit einer Intervention eingebracht werden. Bitte dokumentieren Sie ggf. beide Prozeduren entsprechend in einem jeweils separaten Feld.

Prozedur-Nummer (ITDh)		Prozedur-Datum	Art der Untersuchung ¹	Klinische Indikation ²	Operateur ³
	-1				
	-2				
	-3				
	-4				
	-5				
	-6				
	-7				
	-8				
	-9				
	-10				
	-11				
	-12				
	-13				
	-14				
	-15				
	-16				
	-17				
	-18				
	-19				
	-20				



Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Prozedur-Nummer (ITDh)		Prozedur-Datum	Art der Untersuchung ¹	Klinische Indikation ²	Operator ³
	-21				
	-22				
	-23				
	-24				
	-25				
	-26				
	-27				
	-28				
	-29				
	-30				
	-31				
	-32				
	-33				
	-34				
	-35				
	-36				
	-37				
	-38				
	-39				
	-40				