



## ZWB PHLEBOLOGIE

Die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 5. Februar 2020 fordert für die Zusatzbezeichnung Phlebologie folgende Weiterbildungszeiten:

- ▶ Phlebologie gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis

Es handelt sich somit um eine berufsbegleitende Weiterbildung.

Begriffsbestimmungen, weitere Informationen und Erläuterungen zur grundsätzlichen Befugniserteilung finden Sie auf einem separaten Merkblatt.

Stand: 08.02.2022

**Leistungsnachweis Phlebologie**

Name, Vorname Antragsteller:

Weiterbildungsstätte:

Berichtszeitraum (ein Jahr):

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**Bitte beachten Sie:**

Geben Sie, wenn erforderlich (s. Symbol „→“), die Leistungszahl des o. g. Berichtszeitraums an. Es gilt die Leistungszahl der gesamten Stätte (nicht Ihre eigene).

\* Inhalte ohne eine Elementnummer haben keinen Einfluss auf den zeitlichen Befugnisumfang.

\*\* KM: Kognitive und Methodenkompetenz (Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit systematisch einordnen und erklären können)

H: Handlungskompetenz (Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit selbstverantwortlich durchführen können)

**Bitte kreuzen Sie nur dann „Ja“ an, wenn eine vollständige Handlungskompetenz vermittelt werden kann (= eLogbuch Stufe 2 - „selbständig durchführen können“).**

| Element | *  | Folgende Weiterbildungsinhalte gemäß den Bestimmungen der WBO werden von mir/uns während der Weiterbildung vermittelt:                          | Ja                       | Nein                     | Leistungszahl<br>im o. g. Berichtszeitraum | Nachweis durch              |
|---------|----|---|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------------|
|         |    | <b>Phlebologische und Lymphgefäß-Erkrankungen</b>   |                          |                          |  |                             |
| 1       | H  | Erkennung, Behandlung und Nachbehandlung venöser Thromboembolien einschließlich der Antikoagulation   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -  | Verbindliche Selbstauskunft |
| 2       | H  | Behandlung der chronischen Veneninsuffizienz und ihrer Komplikationen einschließlich des Ulcus cruris   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -  | Verbindliche Selbstauskunft |
| 3       | H  | Behandlung des Lymphödems der Extremitäten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -  | Verbindliche Selbstauskunft |
| 4       | KM | Erkrankungen in der Endstrombahn, z. B. Akrozyanose, Raynaud-Syndrom  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -  | Verbindliche Selbstauskunft |
|         |    | <b>Diagnostische Verfahren</b>  |                          |                          |  |                             |
| 5       | H  | Dopplersonographie des Venensystems   | →                        |                          | <input type="text"/>                       | Verbindliche Selbstauskunft |
| 6       | H  | Duplexsonographie des Venensystems  | →                        |                          | <input type="text"/>                       | Verbindliche Selbstauskunft |
| 7       | H  | Durchführung und Befunderstellung von Funktionsuntersuchungen, z. B. Photoplethysmographie, Venenverschlussplethysmographie, Phlebodynamometrie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -  | Verbindliche Selbstauskunft |
| 8       | H  | Bestimmung des Knöchel-Arm-Index  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -  | Verbindliche Selbstauskunft |

| <b>Therapeutische Verfahren</b> |    |   |                          |                          |   |                             |
|---------------------------------|----|---|--------------------------|--------------------------|---|-----------------------------|
| 9                               | H  | Sklerosierungstherapie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 10                              | H  | Indikationsstellung und Durchführung von  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 11                              | H  | ▶ Kompressionsverbänden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 12                              | H  | ▶ apparativen intermittierenden Kompressionsbehandlungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 13                              | H  | ▶ speziellen lymphologischen Kompressionsverbänden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 14                              | H  | Verordnung und Überwachung von Kompressionsstrümpfen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |
| 15                              | KM | Eingriffe am epifaszialen Venensystem der unteren Extremitäten, z. B. Phlebektomie, Varikotomie, Miniphlebochirurgie, endovenös-ablative Verfahren, Krossektomie, Stripping, Perforantenligatur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | Verbindliche Selbstauskunft |

---

 Ort, Datum, Unterschrift/en aller Antragsteller