Zusatzformular 1a

Chirurgische Senologie

Vor Inkrafttreten des Weiterbildungsprogramms absolvierte Weiterbildungsperioden – Ziffer 6.1 der Übergangsbestimmungen

Der/die unterzeichnende Leiter/in der Weiterbildungsstätte\* bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift, dass Herr/Frau       während der Periode vom       bis       in der Funktion eines Arztes/einer Ärztin in Weiterbildung tätig gewesen ist. In dieser Periode hat er/sie praktische und theoretische Kenntnisse auf dem Gebiet der chirurgischen Senologie erworben, gemäss Ziffer 3 Weiterbildungsprogramm Schwerpunkt chirurgische Senologie (allgemeine Anforderungen und Kernkompetenzen).

Sein/Ihr Arbeitspensum während der entsprechenden Weiterbildungsperiode hat      % betragen.

Die Erlangungen der nachfolgend aufgeführten Kernkompetenzen müssen durch die jeweilige Abteilung bestätigt werden: (Stempel & Unterschrift der Abteilungsleiter genügt)

|  |
| --- |
| **Radiologie** |
|  |
| **Onkologie** |
|  |
| **Pathologie** |
|  |
| **Radiotherapie** |
|  |
| **Plastische und Wiederherstellungschirurgie** |
|  |
| **Genetik** |
|  |

Folgende Interventionen/Operationen wurden ausgeführt:

|  |  |
| --- | --- |
| Brusterhaltende Operationen bei Mammakarzinom oder Mastektomie, inklusive onkoplastische Operationen im Rahmen einer BET | 100 |
| Sentinel Lymphknoten-Exzision | 50 |
| Andere axilläre Operationen (radikale Axilladissektion, zielgerichtete Axilladissektion, fokussierte Axillachirurgie, Entfernung von axillärem Brustdrüsenkörper, Operation von axillären Rezidiven) | 15 |
| Operationen bei benignen und Risikobefunden | 20 |

Name der Weiterbildungsstätte:

Leiter/in der Weiterbildungsstätte:

Ort, Datum:      

Stempel und Unterschrift des Leiters/der Leiterin der Weiterbildungsstätte:

\* Die Weiterbildungsstätte muss zur entsprechenden Zeit die Kriterien gemäss Weiterbildungsprogramm Schwerpunkt chirurgische Senologie Ziffer 5 erfüllt haben.

19.01.2022 maf/af/sim