Zusatzformular 1b

Chirurgische Senologie

Vor Inkrafttreten des Weiterbildungsprogramms absolvierte Tätigkeitsperioden (Kernteammitglieder und in leitender Funktion) – Ziffer 6.2 der Übergangsbestimmungen

Der/die Unterzeichnende bestätigt in Selbstdeklaration mit seiner Unterschrift, dass er/sie in der Periode von       bis       als Kernteammitglied eines zertifizierten Brustzentrums und in leitender Funktion\* (Chefarzt, Leitender Arzt oder Oberarzt) tätig gewesen ist.

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

Während dieser Periode hat er/sie die nachfolgend aufgeführten Kernkompetenzen erlangt (Bestätigung der jeweiligen Abteilung muss eingereicht werden, Stempel & Unterschrift der Abteilungsleiter genügt):

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

Folgende Interventionen/Operationen wurden ausgeführt und müssen per Operationsbericht dokumentiert werden:

|  |  |
| --- | --- |
| 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:

Name und Vorname des Gesuchstellers:

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift des/r Gesuchstellers/in:

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

19.01.2022 maf/af/sim