**Weiterbildungsprotokoll und Antragsformular   
Fähigkeitsausweis Dermatologische Radiotherapie (SGDV)**

Die Erfüllung der in diesem Fähigkeitsprogramm beschriebenen Anforderungen ist keine Bedingung für den Erwerb des Facharzttitels Dermatologie und Venerologie.

*Name, Vorname:*

*Geburtsdatum*:

*Adresse*:

*GLN Nummer (13-stellige Nummer, siehe Ärzteausweis):*

*Funktion (Assistenzarzt, Oberarzt, etc.)*:

1. **Theoretische Weiterbildung**

Datum des absolvierten BAG-anerkannten Kurses in Strahlenschutz, der durch die SGDV durchgeführt wird («Radiotherapeutische Anwendungen in der Dermatologie zur Erlangung des Sachverstandes»):

*(Bitte Kursbestätigungskopie dem Antrag beilegen)*

1. **Praktische Weiterbildung an anerkannten Weiterbildungsstätten**

Weiterbildungsstätte(n) für den **praktischen** Strahlenschutz:

|  |  |
| --- | --- |
| **Weiterbildungsstätte, Name Weiterbildner / Weiterbildnerin (Datum, Unterschrift des Weiterbildners)** | **Tätig von - bis** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Bestätigung der Erfüllung der praktischen Lernziele durch den zuständigen Weiterbildner:

1. Erfüllung der allgemeinen praktischen Weiterbildung  
   *(Fähigkeitsprogramm Ziffer 4.2.1):*

* Korrekte Indikation der Radiotherapie  ja
* Korrekte Positionierung des Patienten  ja
* Strahlenschutz des Patienten  ja
* Strahlenschutz der Mitarbeiter und des Untersuchers  ja
* Korrekte Dosisschemata  ja
* Korrekte Ausschnittsgrösse in Bezug zur jeweiligen Untersuchung  ja

1. Erfüllung der spezifischen praktischen Lernziele  
   *(Fähigkeitsprogramm Ziffer 4.2.2):*

* Insgesamt Behandlung von 20 Fällen, davon die erste Hälfte mit Tutor, die weiteren selbständig.  ja
* Maligne Hauttumore: Präzise und vollständige Kenntnis der Indikationen und Kontraindikationen zur dermatologischen Radiotherapie maligner Hauttumore (z.B. Basalzellkarzinome bei geeigneter Klinik und Histologie, spinozelluläre Karzinome bei geeigneter Klinik und Histologie, Lentigo maligna (pTis), Lentigo maligna Melanom, Kaposi-Sarkom, kutane Lymphome bei geeigneter Klinik und Histologie, aktinische Keratosen (ausgedehnt an der Kopfhaut) und Feldkanzerisierung.  ja
* Keloide: Präzise und vollständige Kenntnis der Indikationen und   
  Kontraindikationen zur adjuvanten Bestrahlung von Keloiden  ja
* Chronische Entzündungen: Präzise und vollständige Kenntnis der Indikationen und Kontraindikationen zur Bestrahlung chronischer Entzündungsprozesse (z.B. chronische Ekzeme der Hände, Nagel-Psoriasis)  ja

Ich beantrage den Fähigkeitsausweis Dermatologische Radiotherapie (SGDV):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Antragstellerin / Antragsteller: |  | Letzter Weiterbildner  praktischer Strahlenschutz: |
| Ort und Datum: |  | Ort und Datum: |
| Unterschrift: |  | Unterschrift: |

**Kosten**

* Für Mitglieder der SGDV: CHF 100.00
* Für Nicht-Mitglieder: CHF 300.00

Nach Eingang des Antrags erhalten Sie eine Rechnung.

**Beilagen**

* Kopie der Kursbestätigung des absolvierten BAG-anerkannten Kurses «Radiotherapeutische Anwendungen in der Dermatologie zur Erlangung des Sachverstandes in Strahlenschutz, Typ B». N.B. Dieser von der SGDV durchgeführte Kurs (integriert im Kurs «Physikalische Behandlungsmethoden») findet im 2-Jahres-Turnus statt und wird alternierend von den Universitäts-Kliniken organisiert.
* Falls die Strahlenschutz-Weiterbildung im Ausland erfolgte: Anerkennung der Weiterbildung durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG)

**Antrag bitte einsenden an:**

Generalsekretariat SGDV

Dalmazirain 11

3005 Bern

[info@derma.ch](mailto:info@derma.ch)