

## Protokoll Facharztexamen Schwerpunkt operative Gynäkologie und Geburtshilfe

Gemäss Reglement vom 1. Juli 2014

**Die Dauer von 60-90 Minuten (mündlicher Teil) muss gemäss Weiterbildungsprogramm SIWF eingehalten werden. Abweichungen davon sind im Protokoll zu begründen.**

**Die Protokollführer/innen sind für das korrekte und leserliche Ausfüllen der Protokolle, inklusiv aller Unterschriften verantwortlich.**

---

Prüfungsdatum

---

Prüfungsort

---

### Kandidatin/Kandidat

---

Name

---

Vorname

---

Arbeitsort

.....

.....

.....

---

Stellung

.....

---

Privatadresse

.....

.....

.....

### Experten

---

Examinator/in

---

Protokollführer/in

---

Chefärztin / Chefarzt

---

**Protokoll Facharztexamen Schwerpunkt operative Gynäkologie und Geburtshilfe**  
Gemäss Reglement vom 1. Juli 2014

**Operativer Eingriff**

Art des Eingriffs

.....

Name Kandidatin/Kandidat:

Datum:.....

	ungenügend	genügend	gut
<b>Indikationsstellung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Präoperative Abklärung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Operationsvorbereitung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anatomiegerechtes Operieren</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Handwerkliches Können</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verständnis und Beherrschung der techn. Hilfsmittel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Blutstillung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sterilität</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Postoperative Verordnung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Beurteilung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bemerkungen**

(bei ungenügendem Ergebnis genaue Begründung)

.....  
.....  
.....  
.....

**Protokoll Facharztexamen Schwerpunkt operative Gynäkologie und Geburtshilfe**  
Gemäss Reglement vom 1. Juli 2014

---

**Kolloquium über Gynäkologie und Geburtshilfe**

---

Name Kandidatin/Kandidat:

Datum: .....

---

Zeitdauer: .....

---

	ungenügend	genügend	gut
<b>Gesprächsführung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Grundlagenkenntnisse</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Klinisches Wissen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Beurteilung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Bemerkungen**

(bei ungenügendem Ergebnis genaue Begründung)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Protokoll Facharztexamen Schwerpunkt operative Gynäkologie und Geburtshilfe**  
Gemäss Reglement vom 1. Juli 2014

---

**Präsentation 1. Fall**

---

gewählter Fall

.....

---

Name Kandidatin/Kandidat:

Datum: .....

---

Zeitdauer: .....

---

	ungenügend	genügend	gut
<b>Präsentation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnostik</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Differentialdiagnose</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Therapie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prognose</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Beurteilung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Bemerkungen**

(bei ungenügendem Ergebnis genaue Begründung)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Protokoll Facharztexamen Schwerpunkt operative Gynäkologie und Geburtshilfe**  
Gemäss Reglement vom 1. Juli 2014

---

**Präsentation 2. Fall**

---

gewählter Fall

.....

---

Name Kandidatin/Kandidat:

Datum: .....

---

Zeitdauer: .....

---

	ungenügend	genügend	gut
<b>Präsentation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnostik</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Differentialdiagnose</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Therapie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prognose</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Beurteilung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Bemerkungen**

(bei ungenügendem Ergebnis genaue Begründung)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Protokoll Facharztexamen Schwerpunkt operative Gynäkologie und Geburtshilfe**  
Gemäss Reglement vom 1. Juli 2014

**Präsentation 3. Fall**

gewählter Fall

.....

Name Kandidatin/Kandidat:

Datum: .....

Zeitdauer: .....

	ungenügend	genügend	gut
<b>Präsentation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnostik</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Differentialdiagnose</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Therapie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prognose</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Beurteilung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bemerkungen**

(bei ungenügendem Ergebnis genaue Begründung)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Protokoll Facharztexamen Schwerpunkt operative Gynäkologie und Geburtshilfe**  
Gemäss Reglement vom 1. Juli 2014

---

Name Kandidatin/Kandidat:

Datum: .....

---

**Hinweis zur Gesamtbeurteilung:**

**1 Bewertung ungenügend = bestanden**

**2 Bewertungen oder mehr ungenügend = nicht bestanden**

nicht bestanden

bestanden

---

**Gesamtbeurteilung**

---

**Visum**

---

Chefärztin / Chefarzt

Unterschrift

---

Examinator/in

.....  
Unterschrift

---

Protokollführer/in

.....  
Unterschrift

---

Bitte senden Sie das Protokoll an:

SGGG Sekretariat  
Altenbergstrasse 29  
Postfach 686  
3000 Bern 8