

## Direct Observation of Procedural Skill (DOPS) Angiologie

- Selbsteinschätzung durch Ärztin/Arzt in Weiterbildung  
 Beurteilung durch Weiterbildner/in

**Klinik** : .....

**Assistenzärztin/arzt**.....**Weiterbildner/in**.....

### Duplexsonographie / andere Fertigkeiten gem. WBP

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Extrakranielle hirnversorgende Arterien | <input type="checkbox"/> Arterien der oberen Extremität | <input type="checkbox"/> Venen der oberen Extremität |
| <input type="checkbox"/> Aorta abdominalis                       | <input type="checkbox"/> Mesenterialarterien            | <input type="checkbox"/> Nierenarterien              |
| <input type="checkbox"/> Becken- und Beinarterien                | <input type="checkbox"/> Becken- und Beinvenen          | <input type="checkbox"/> Hämodialyseshunt            |
| <input type="checkbox"/> Angiodysplasien                         | <input type="checkbox"/> CEUS                           | <input type="checkbox"/> Vaskulitis                  |
| <input type="checkbox"/> .....                                   | <input type="checkbox"/> .....                          | <input type="checkbox"/> .....                       |

|                                   | Was war gut? | Was kann verbessert werden? |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|
| <b>Umgang / Gespräch Patient</b>  |              |                             |
| <b>Technische Fertigkeiten</b>    |              |                             |
| <b>Bildeinstellung /-qualität</b> |              |                             |
| <b>Klinische Beurteilung</b>      |              |                             |
| <b>Dokumentation</b>              |              |                             |
| <b>Organisation / Effizienz</b>   |              |                             |
| .....                             |              |                             |
| <b>Gesamteindruck</b>             |              |                             |

### Vereinbartes Lernziel mit konkreten Schritten

**Unterschriften**  
Assistenzärztin/arzt

**Datum der Durchführung**

.....  
Weiterbildner/in

.....

.....