

# Logbuch

Dokumentation der Weiterbildung gemäß Weiterbildungsordnung (WBO)  
der Landesärztekammer Thüringen vom 14.07.2011

## Physikalische und Rehabilitative Medizin

### Angaben zur Person:

Name/Vorname (Rufname bitte unterstreichen) .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geb.-Datum

Geburtsort/ggf. -land .....

Akademische Grade: Dr. med.  sonstige .....

ausländische Grade  welche .....

Ärztliche Prüfung 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Datum

[Zahnärztliches Staatsexamen]  
[nur bei MKG-Chirurgie] 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Datum

Approbation als Arzt  
bzw. Berufserlaubnis 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Datum

### Weiterbildungsgang

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation / § 10 BÄO in zeitlicher Reihenfolge:

Nr.	Von bis	Weiterbildungsstätte <small>Hochschulen, Krankenhausabt., Instituten etc.</small> (Ort, Name)	Weiterbilder	Gebiet/Teilgebiet/ Zusatz-Weiterbildung	Zeit in Monaten
1					
2					
3					
4					
5					
...					

[Ggf. mit Beiblatt ergänzen. Unterbrechungen und Teilzeitgenehmigungen vermerken.]

**Das Logbuch ist bei Antragstellung der Ärztekammer vorzulegen**



## Facharztweiterbildung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“

### Inhalte der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO

unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen beinhaltet die Weiterbildung auch den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten *	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschriften
ethischen, wissenschaftlichen und rechtlichen Grundlagen ärztlichen Handelns		
der ärztlichen Begutachtung		
den Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements einschließlich des Fehler- und Risikomanagements		
der ärztlichen Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen		
psychosomatischen Grundlagen		
der interdisziplinären Zusammenarbeit		
der Ätiologie, Pathophysiologie und Pathogenese von Krankheiten		
der Aufklärung und der Befunddokumentation		
labortechnisch gestützten Nachweisverfahren mit visueller oder apparativer Auswertung (Basislabor)		
medizinischen Notfallsituationen		
den Grundlagen der Pharmakotherapie einschließlich der Wechselwirkungen der Arzneimittel und des Arzneimittelmisbrauchs		
der allgemeinen Schmerztherapie		

\* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten:

**Inhalte der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO**

unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen beinhaltet die Weiterbildung auch den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten *	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschriften
der interdisziplinären Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich der Differentialindikation und Interpretation radiologischer Befunde im Zusammenhang mit gebietsbezogenen Fragestellungen		
der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden		
den psychosozialen, umweltbedingten und interkulturellen Einflüssen auf die Gesundheit		
Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement		
den Strukturen des Gesundheitswesens		
Kinderschutz (Diagnostik, unterstützende Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe, Prävention)		

\* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten:

## 25. Physikalische und Rehabilitative Medizin

<b>Weberbildungsinhalte</b> Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	<b>Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten *</b>	<b>Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben</b> Datum / Unterschriften
der Rehabilitationsabklärung und Rehabilitationssteuerung		
der Klassifikation von Gesundheitsstörungen nach der aktuellen Definition der WHO		
der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich der Frührehabilitation mit dem Ziel der Beseitigung bzw. Verminderung von Krankheitsfolgen, der Verbesserung und Kompensation gestörter Funktionen und der Integration in Bereiche der beruflich/schulischen, sozialen und persönlichen Teilhabe		
den Grundlagen der Diagnostik von Rehabilitation erfordernden Krankheiten, Verletzungen und Störungen und deren Verlaufskontrolle		
der Indikationsstellung, Verordnung, Steuerung, Kontrolle und Dokumentation von Maßnahmen und Konzepten der physikalischen Medizin einschließlich der Heil- und Hilfsmittel unter kurativer und rehabilitativer Zielsetzung		
den physikalischen Grundlagen, physiologischen und pathophysiologischen Reaktionsmechanismen einschließlich der Kinesiologie und der Steuerung von Gelenk-, Muskel-, Nerven- und Organfunktionen		
der Besonderheit von angeborenen Leiden und von Erkrankungen des Alters		
der physikalischen Therapie wie Krankengymnastik, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, manuelle Therapie, Massagetherapie, Elektro- und Ultraschalltherapie, Hydrotherapie, Inhalationstherapie, Wärme- und Kälteträgertherapie, Balneotherapie, Phototherapie		
der Behandlung im multiprofessionellen Team einschließlich Koordination der interdisziplinären Zusammenarbeit		

\* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten:

<b>Weberbildungsinhalte</b> Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	<b>Bemerkungen des/der            Weiterbildungsermächtigten *</b>	<b>Kenntnisse,            Erfahrungen und            Fertigkeiten            erworben</b> Datum / Unterschriften
Aufgaben, Strukturen und Leistungen in der Sozialversicherung		
den Grundlagen und der Anwendung von Verfahren zur Bewertung der Aktivitätsstörung/Partizipationsstörung einschließlich Kontextfaktoren (Assessments)		
der Erstellung von Behandlungs- und Rehabilitationsplänen einschließlich Steuerung, Überwachung und Dokumentation des Rehabilitationsprozesses im Rahmen der Sekundär-, Tertiärprävention und der Nachsorge		
der Patienteninformation und Verhaltensschulung sowie in der Angehörigenbetreuung		
der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie		
psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen		
der Bewertung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Arbeitsfähigkeit, der Berufs- und Erwerbsfähigkeit, des Grades der Behinderung sowie der Pflegebedürftigkeit auch unter gutachterlichen Aspekten		

*\* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten:*

## 25. Physikalische und Rehabilitative Medizin

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WO *			Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben
		Datum:			Unterschriften:
Erstellung von Rehabilitationsplänen einschließlich deren epikritischer Bewertung	500				
spezielle Verfahren der rehabilitativen Diagnostik, z. B. rehabilitative Assessments, sensorische Tests, Leistungs-, Verhaltens- und Funktionsdiagnostiktests, neuropsychologische Tests	300				
rehabilitative Interventionen, z. B.  Rehabilitationspflege, Dysphagie-therapie, neuropsychologisches Training, Biofeedbackverfahren, Musik- und Kunsttherapie, rehabilitative Sozialpädagogik, Diätetik, Entspannungsverfahren einschließlich physikalischer Therapieverfahren, z. B.  Krankengymnastik, Ergotherapie, manuelle Therapie, medizinische Trainingstherapie, Elektrotherapie, Thermotherapie, Massagen, Lymphtherapie, Hydro- und Balneotherapie, Inhalationstherapie	400				
funktionsbezogene apparative Messverfahren, z. B.  Muskelfunktionsanalyse, Stand- und Ganganalyse, Bewegungsanalyse, Algometrie, Thermometrie	500				

\* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten:

## Dokumentation der jährlichen Gespräche gemäß § 8 WBO

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes: \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt:

Datum des Gesprächs:

Unterschrift des Ermächtigten:

-----

Unterschrift des/r Assistenz-Arztes/Ärztin:

-----

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes: \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt:

Datum des Gesprächs:

Unterschrift des Ermächtigten:

-----

Unterschrift des/r Assistenz-Arztes/Ärztin:

-----

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes: \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt:

Datum des Gesprächs:

Unterschrift des Ermächtigten:

-----

Unterschrift des/r Assistenz-Arztes/Ärztin:

-----

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes: \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt:

Datum des Gesprächs:

Unterschrift des Ermächtigten:

-----

Unterschrift des/r Assistenz-Arztes/Ärztin:

-----

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes: \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt:

Datum des Gesprächs:

Unterschrift des Ermächtigten:

-----

Unterschrift des/r Assistenz-Arztes/Ärztin:

-----