



Logbuch

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

Infektiologie

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					
6					

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

Zusatz-Weiterbildung Infektiologie

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten *	Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Datum / Unterschriften
der Epidemiologie, Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von septischen, zyklischen und lokalen Infektionen einschließlich deren Manifestationen und Komplikationen		
der antimikrobiellen Chemotherapie		
der Erkennung und Behandlung importierter und einheimischer Infektionskrankheiten insbesondere nosokomialer und opportunistischer Infektionen einschließlich schwerer Organinfektionen und der Sepsis		
der Erkennung und Behandlung assoziierter Infektionssyndrome bei immunsuppressiven Zuständen		
der Seuchenmedizin einschließlich Impfprophylaxe		

* 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:
