

# Logbuch

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

## Spezielle Schmerztherapie

### 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]  Datum  
[nur bei MKG-Chirurgie]

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					



## Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie

<b>Weiterbildungsinhalte</b> Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	<b>Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten *</b>	<b>Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben</b> Datum/Unterschriften
der Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich der Auswertung von Fremdbefunden		
der Schmerzanalyse sowie der differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheit unter Berücksichtigung psychologischer, arbeits- und sozialmedizinischer Gesichtspunkte		
psychosomatische Diagnostik bei chronischen Schmerzpatienten		
der eingehenden Beratung des Patienten und der gemeinsamen Festlegung der Therapieziele		
den invasiven und nichtinvasiven Methoden der Akutschmerztherapie		
dem Einsatz schmerztherapeutischer Verfahren		
Schmerzbewältigungstraining einschließlich Entspannungsverfahren		
der Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung des Therapieplanes erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und sonstigen am Therapieplan zu beteiligenden Personen und Einrichtungen		
der standardisierten Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes		
medikamentösen Kurzzeit-, Langzeit-, und Dauertherapien sowie in der terminalen Behandlungsphase		

<sup>n\*</sup> ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten:

### Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WBO *			Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben Unterschriften:
		Datum:			
spezifische Pharmakotherapie	100				
multimodale Therapie in interdisziplinärer Zusammenarbeit	50				
diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesien	25				
Stimulationstechniken, z. B. transkutane elektrische Nervenstimulation	25				
spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie	25				

\* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten:

## Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie

für Gebiete mit **konservativen** Weiterbildungsinhalten zusätzlich:

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WBO *			Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben  Unterschriften:
		Datum:			
Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit	25				

für Gebiete mit **operativen** Weiterbildungsinhalten zusätzlich:

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WBO *			Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben  Unterschriften:
		Datum:			
Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren, z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation	25	Datum:	Datum:	Datum:	Datum / Unterschrift des WB-Ermächtigten

für Gebiete mit **konservativ-interventionellen** Weiterbildungsinhalten zusätzlich:

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WBO *			Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben  Unterschriften:
		Datum:			
interventionelle Verfahren, z. B. plexus- und rückenmarksnahe Verfahren, Spinal Cord Stimulation, davon	50				
- Sympathikusblockaden	10				

\* 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:

-----

-----