

Logbuch

Version 2013-08 // Kurs 2013

Dokumentation der Weiterbildung
Gefäßassistentin/Gefäßassistent DGG[©]

Name: _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Examen als _____ am: _____

Datum der Anmeldung zur Weiterbildung:

Prüfung frühestens (wird beim Kurs Basisweiterbildung ausgefüllt)

Weiterbildungsgang

Aufstellung der Tätigkeiten seit dem Examen (ganztägige Tätigkeit, Zeugnisse bitte beilegen)

Nr.	Beginn (Datum)	Ende (Datum)	Arbeitsstätte	Chefarzt/Ltd. Arzt	Zeit (Monate)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Kurse und Hospitation

(Zusätzlich Kopie der Teilnahmebescheinigungen beilegen)

Kurs	Datum:	Unterschrift des Veranstalters
Blockunterricht (es wird empfohlen, mit dem Blockunterricht zu beginnen)		
Basisdiagnostik		
Ultraschallkurs		
Wundmanagement		
Codierung und DRG		
Wissenschaftliche Dokumentation und klinische Studien		
Operations-/Nahtkurs		
Hospitation (zwei Wochen)		
Phlebologie		

Nachweise - Übersicht (Mindestanforderungen), Details siehe nachfolgende Seiten

Untersuchungen und Assistenzen	Mindestzahl	Zahl insgesamt	Datum, Unterschrift des Weiterbilders
A) Assistenzen bei gefäßchirurgischen Eingriffen (1. und 2. Assistenz)	50		
B) Teilnahme an interventionellen Eingriffen	20		
C) Intraoperative Untersuchungen (z.B. DSA, intraoperativer Ultraschall, Flußmessungen)	20		
D) Apparative Untersuchungen (z.B. Venenverschlußplethysmografie Rheografie, TcPO ₂ , Laufband-Test)	20		
E) Messung der Knöchelarteriendrucke einschließlich Bestimmung des Knöchel-Arm-Index	40		
F) Duplex-/Farbdoppleruntersuchungen	20		

Name des Teilnehmers:

Assistenz im OP (Mindestzahl 50, bitte 1 oder 2 für die jeweilige Assistenz ankreuzen)

Nummer	Datum	Initialen Patient	1	2	Operation	Bescheinigung Weiterbilder
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

Name des Teilnehmers:

Assistenz im OP (Fortsetzung)

Assistenz im OP (Fortsetzung)						
Nummer	Datum	Initialen Patient	1	2	Operation	Bescheinigung Weiterbilder
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						

Interventionelle Eingriffe (Mindestzahl 20)

Name des Teilnehmers:

Nummer	Datum	Initialen Patient	Art des Eingriffs	Bescheinigung Weiterbilder
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Intraoperative Untersuchungen (Mindestzahl 20)

Name des Teilnehmers:

Nummer	Datum	Initialen Patient	Art der Untersuchung	Bescheinigung Weiterbilder
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Apparative Untersuchungen (Mindestzahl 20)

Name des Teilnehmers:

Nummer	Datum	Initialen Patient	Art der Untersuchung	Bescheinigung Weiterbilder
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Dopplersonografie/Knöchelarteriendruck, ABI (Mindestzahl 40)

Name des Teilnehmers:

Nummer	Datum	Initialen Patient	Art der Untersuchung	Bescheinigung Weiterbilder
1			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
2			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
3			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
4			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
5			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
6			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
7			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
8			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
9			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
10			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
11			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
12			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
13			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
14			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
15			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
16			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
17			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
18			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
19			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
20			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	

Dopplersonografie/Knöchelarteriendruck, ABI (Blatt 2)

Name des Teilnehmers:

Nummer	Datum	Initialen Patient	Art der Untersuchung	Bescheinigung Weiterbilder
21			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
22			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
23			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
24			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
25			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
26			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
27			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
28			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
29			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
30			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
31			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
32			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
33			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
34			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
35			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
36			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
37			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
38			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
39			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	
40			Dopplersonografische Messung der Knöchelarteriendrucke, ABI	

Duplex-/Farbdoppleruntersuchungen (Mindestzahl 20)

Name des Teilnehmers:

Nummer	Datum	Initialen Patient	Art der Untersuchung	Bescheinigung Weiterbilder
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				