L o g b u c h

Dokumentation der Weiterbildung EndoVascular Assistent (EVA) DGG®

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Examen als: _____ am: _____

Datum der Anmeldung zur Weiterbildung: [ ]

Prüfung: [ ]

Weiterbildungsgang

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

Nummer	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**
Kurs I: Blockunterricht		
Kurs II: OP-Nahtkurs		
Kurs III: Materialkunde		
Kurs IV: Dokumentation, Qualitätssicherung und Bildbearbeitung		
Kurs V: Strahlenschutz		
Hospitation		

Name des Teilnehmers:

Erkrankungen der Arterien und Venen

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				

Name des Teilnehmers:

Abläufe gefäßchirurgischer Interventionen

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				

Name des Teilnehmers:

Hygiene und Wundbehandlung im OP

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				

Name des Teilnehmers:

Vor- und Nachbereitung des Patienten im OP

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				

Name des Teilnehmers:

Vor- und Nachbereitung des Patienten im OP

(Fortsetzung)

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

Name des Teilnehmers:

Vor- und Nachbereitung des Patienten im OP

(Fortsetzung)

Nummer	Datum	Initialen Patient	Art der Untersuchung	Bescheinigung Weiterbilder
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				

Name des Teilnehmers:

Intraoperative Betreuung und Monitoring des Patienten

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				

Name des Teilnehmers:

Intraoperative Betreuung und Monitoring des Patienten

(Fortsetzung)

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

Name des Teilnehmers:

Intraoperative Betreuung und Monitoring des Patienten

(Fortsetzung)

Nummer	Datum	Initialen Patient	Art der Untersuchung	Bescheinigung Weiterbilder
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				

Nachweise - Übersicht (Mindestanforderungen)

Untersuchungen und Assistenzen	Mindestzahl	Zahl insgesamt	Datum, Unterschrift des Weiterbilders
Erkrankungen der Arterien und Venen	20		
Abläufe gefäßchirurgischer Interventionen	20		
Hygiene und Wundbehandlung im OP	20		
Vor- und Nachbereitung des Patienten im OP	50		
Intraoperative Betreuung und Monitoring des Patienten	50		