

# Logbuch

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

## Neuropädiatrie

### 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					
...					

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

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



## Teilgebiet Neuropädiatrie

<b>Weiterbildungsinhalte</b> Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	<b>Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten *</b>	<b>Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben</b> Datum/Unterschriften
der Vorbeugung, Erkennung, konservativen Behandlung und Rehabilitation von Störungen und Erkrankungen einschließlich Neoplasien des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems und der Muskulatur		
der Erkennung angeborener Fehlbildungen des zentralen Nervensystems, der Störungen der Motorik und der Sinnesfunktionen sowie assoziierter Erkrankungen		
der Erkennung und Behandlung entzündlicher, traumatischer und toxischer Erkrankungen und Schäden des Nervensystems und ihrer Folgen		
der Behandlung zerebraler Anfälle und Epilepsien		
neuromuskulären Erkrankungen und Muskelerkrankungen		
vaskulären Erkrankungen des zentralen Nervensystems und der Muskulatur		
neurometabolischen, -degenerativen und –genetischen Erkrankungen		
der Behandlung von Zerebralpareesen		
Stadieneinteilung und Verlauf der intrakraniellen Drucksteigerung und des zerebralen Komas sowie der Hirntoddiagnostik		
der Beurteilung mentaler, motorischer, sprachlicher und psychischer Entwicklungsstörungen sowie Behinderungen und ihrer psychosozialen Folgen		

\* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten:

## Teilgebiet Neuropädiatrie

<b>Weiterbildungsinhalte</b> Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	<b>Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten *</b>	<b>Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben</b> Datum/Unterschriften
der Indikationsstellung zur neuroradiologischen Untersuchung des Nervensystems und der Muskulatur		
der Erstellung von Therapie-, Rehabilitations- und Förderplänen und deren Koordination, z. B. im medizinisch-funktionstherapeutischen, psychologisch-pädagogischen und sozialen Bereich		
der Bewertung der Anwendung von Rehabilitationsverfahren, Bewegungstherapien, krankengymnastischen Verfahren, Logopädie, Ergotherapie, Sozialmaßnahmen und neuropsychologischen Therapieverfahren		

\* ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten:

### Teilgebiet Neuropädiatrie

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WO *			Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben
		Datum:			Unterschriften:
Elektroenzephalogramme	500				
Polygraphie und elektrophysiologische Untersuchungen, z. B. Elektromyographie, Elektroneurographie, visuell, somatosensibel, motorisch und akustisch evozierte Potenziale	200				
Ultraschalluntersuchungen des zentralen Nervensystems und der Muskulatur	100				

\* 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:

-----