



# Logbuch

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

## Hämostaseologie

### 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 Hämostaseologie

<b>Weiterbildungsinhalte</b> Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	<b>Bemerkungen des/der Weiterbildungsermächtigten *</b>	<b>Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben</b> Datum / Unterschriften
der Symptomatologie und Diagnostik von arteriellen und venösen Thrombosen		
der antithrombotischen Therapie mit Antikoagulanzen, Thrombozytenfunktionshemmern und Fibrinolytika		
der Symptomatologie und Differentialdiagnostik von Störungen der zellulären und plasmatischen Hämostase		
der Therapie mit Gerinnungsfaktoren, Thrombozyten, anderen Blutkomponenten und Hämostyptika		
der Diagnostik thrombophiler und hämorrhagischer Diathesen		
der Prophylaxe von Hämostasestörungen bei hereditären und erworbenen Diathesen		
der Diagnostik und Therapiesteuerung bei disseminierter intravasaler Koagulopathie und anderen komplexen Hämostasestörungen		
der Therapieüberwachung und Chargendokumentation		

\* 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:

-----

-----