

PJ-Logbuch

Checklisten

Die nachfolgenden Checklisten sollen Ihnen helfen, Ihren Anspruch auf eine gute Ausbildung zu sichern.

Wesentlich für die Verbesserung Ihrer ärztlichen Fertigkeiten ist eine gute Supervision Ihres Stations- und/oder Oberarztes.

Daher sind die Checklisten in einem „Stufenschema“ aufgebaut:

Stufe 1: ist die Erklärung und Vorführung durch den Assistenz- oder Stationsarzt.

Stufe 2: ist die Überwachung und Bewertung Ihrer Tätigkeit durch einen Assistenz- oder Stationsarzt.

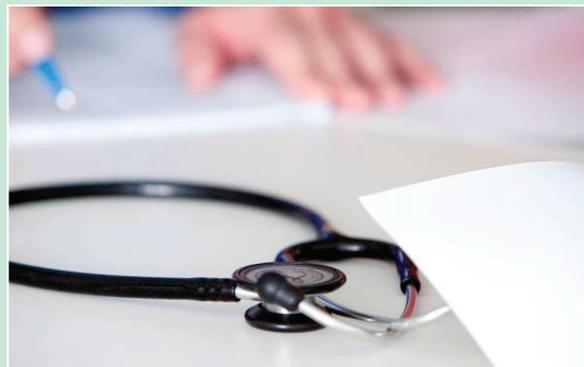
Stufe 3: ist die selbstständig Durchführung der Tätigkeit mit anschließender Bestätigung und Bewertung durch einen Assistenz- oder Stationsarzt.

Die Bewertung im PJ-Logbuch ist:

1 = sehr gut 6 = ungenügend

Schwerpunkte bei Tätigkeiten auf Station sind:

Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung, die Planung von Diagnostik, Differentialdiagnose, Therapievorschlag, Epikrise anlegen und Visiten-Teilnahme.



PJ-Logbuch

Anamneseerhebung

Stufe 1	Erklärung und Vorführung
Datum:	Unterschrift:

Stufe 2	Unter Aufsicht durchgeführt
Bewertung	
Umgang mit dem Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eingehen auf den Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Struktur der Anamnese	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vollständigkeit der Anamnese	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift:

Stufe 3	Selbstständig durchgeführt
Bewertung	
Umgang mit dem Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eingehen auf den Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Struktur der Anamnese	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vollständigkeit der Anamnese	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift:

PJ-Logbuch

Körperliche Untersuchung

Stufe 1	Erklärung und Vorführung
Datum:	Unterschrift:

Stufe 2	Unter Aufsicht durchgeführt
Bewertung	
Untersuchungstechnik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vollständigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Erkennen path. Befund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Klinische Einordnung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift:

Stufe 3	Selbstständig durchgeführt
Bewertung	
Untersuchungstechnik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vollständigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Erkennen path. Befund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Klinische Einordnung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift:

PJ-Logbuch

Planung von Diagnostik

Stufe 1	Erklärung und Vorführung
Datum:	Unterschrift:

Stufe 2	Unter Aufsicht durchgeführt
Bewertung	
Vollständigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zielstrebigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift:

Stufe 3	Selbstständig durchgeführt
Bewertung	
Vollständigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zielstrebigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift:

PJ-Logbuch

Differentialdiagnose

Stufe 1	Erklärung und Vorführung
Datum:	Unterschrift:

Stufe 2	Unter Aufsicht durchgeführt
Bewertung	
Vollständigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zielstrebigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift:

Stufe 3	Selbstständig durchgeführt
Bewertung	
Vollständigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zielstrebigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift:

PJ-Logbuch

Therapievorschlag

Stufe 1	Erklärung und Vorführung
Datum:	Unterschrift:

Stufe 2	Unter Aufsicht durchgeführt
Bewertung	
Vollständigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zielstrebigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift:

Stufe 3	Selbstständig durchgeführt
Bewertung	
Vollständigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zielstrebigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift:

PJ-Logbuch

Visite Teilnahme

Stufe 1	Erklärung und Vorführung
Datum:	Unterschrift:

Stufe 2	Unter Aufsicht durchgeführt
Bewertung	
Vollständigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zielstrebigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Umgang mit den Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift:

Stufe 3	Selbstständig durchgeführt
Bewertung	
Vollständigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zielstrebigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Umgang mit den Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift:

PJ-Logbuch

Erstellen einer Epikrise

Stufe 1	Erklärung und Vorführung
Datum:	Unterschrift:

Stufe 2	Unter Aufsicht durchgeführt
Bewertung	
Inhalt und Vollständigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Struktur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sprache	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift:

Stufe 3	Selbstständig durchgeführt
Bewertung	
Inhalt und Vollständigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Struktur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sprache	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift: