



UNIVERSITÄT  
LEIPZIG

Medizinische Fakultät

# Nachweisheft

## **N-OP Gruppe I + II**

(nicht operative Fächer)

**(Nachweise + Noten)**

3. Studienjahr - 5. Studienjahr

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_

***Bitte beachten: Diese Nachweise bis zur M2-Anmeldung  
sorgfältig aufbewahren!***

Alle wichtigen Informationen zum Unterricht am Krankenbett (UaK) in den einzelnen Fächern (Gruppenaufteilung, Zeiten, Treffpunkte usw.) finden Sie auf dem Studierendenportal unter Stundenpläne.

<https://student.uniklinikum-leipzig.de/studium/index.php>

### Das Blockpraktikum Innere Medizin:

Der Leistungsnachweis Blockpraktikum Innere Medizin besteht aus den Teilleistungen Untersuchungskurs, Blockpraktikum Innere Medizin Teil 1 und Innere Medizin Teil 2.

Voraussetzung für das Erlangen des Leistungsnachweises Blockpraktikum Innere Medizin ist eine regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme (keine Einzelnote schlechter als ausreichend). Die regelmäßige Teilnahme setzt voraus, dass über den gesamten Zeitraum des Blockpraktikums nicht mehr als 15 % des Unterrichts versäumt werden. Dies entspricht den in den Praktikumsheften ausgewiesenen zulässigen Fehlterminen.

Diese sind verbindlich. Alle zusätzlichen Fehltage sind nachzuholen.

Gesetzlich im Freistaat Sachsen festgelegte Feiertage im regulären Studienverlauf gelten nicht als Fehltermine.

## Untersuchungskurs (3. Studienjahr/5. Semester)

### **Teilleistung des Blockpraktikums Innere Medizin**

**(max. 2 Fehltermine möglich)**

| Fachgebiet                      | Station u. Name d. Arztes | Unterschrift u. Stempel d. Arztes | Datum |
|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|-------|
| Innere 1                        |                           |                                   |       |
| Innere 2                        |                           |                                   |       |
| Innere 3                        |                           |                                   |       |
| Innere 4                        |                           |                                   |       |
| Innere 5                        |                           |                                   |       |
| Neurologie/<br>Neurochirurgie 1 |                           |                                   |       |
| Neurologie/<br>Neurochirurgie 2 |                           |                                   |       |
| HNO                             |                           |                                   |       |

|                              |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|
| Augenheilkunde<br>1          |  |  |  |
| Augenheilkunde<br>2          |  |  |  |
| Dermatologie                 |  |  |  |
| Pädiatrie 1                  |  |  |  |
| Pädiatrie 2                  |  |  |  |
| Traumatologie/<br>Orthopädie |  |  |  |
| Chirurgie                    |  |  |  |

Bitte unbedingt beachten, dass Sie **Stempel und Unterschrift** des Arztes bzw. Stempel der Einrichtung und Unterschrift des Arztes vorweisen können.

Der Untersuchungskurs wird mit einer mündlich-praktischen Prüfung OSCE (Objective Structured Clinical Examination) abgeschlossen. Diese ist eine Teilleistung des Leistungsnachweises Innere Medizin. Bei Nichtbestehen folgt eine 1. Wiederholungsprüfung bzw. 2. Wiederholungsprüfung in Form eines OSCE im jeweils darauffolgenden Kalenderjahr.

# Kardiologie (N-OP I / 4. Studienjahr)

**(1 Fehlertermin möglich, jedoch insgesamt nur 3 Fehlertermine im Blockpraktikum Innere Medizin des 4. + 5. StJ.)**

Vom Arzt auszufüllen:

| <b>UKL <input type="radio"/> / Herzzentrum <input type="radio"/> (bitte ankreuzen)</b> |       |                 |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|-------------------------------------|
| Einheit/Station                                                                        | Datum | Name des Arztes | Unterschrift und Stempel des Arztes |
|                                                                                        |       |                 |                                     |
|                                                                                        |       |                 |                                     |
|                                                                                        |       |                 |                                     |
|                                                                                        |       |                 |                                     |
|                                                                                        |       |                 |                                     |

# Endokrinologie (N-OP I / 4. Studienjahr)

**(1 Fehlertermin möglich, jedoch insgesamt nur 3 Fehlertermine im Blockpraktikum Innere Medizin des 4. + 5. StJ.)**

Vom Arzt auszufüllen:

| Einheit/ Station | Datum | Name des Arztes | Unterschrift und Stempel des Arztes |
|------------------|-------|-----------------|-------------------------------------|
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |

# Gastroenterologie (N-OP I / 4. Studienjahr)

**(1 Fehlertermin möglich, jedoch insgesamt nur 3 Fehlertermine im Blockpraktikum Innere Medizin des 4. + 5. StJ.)**

Vom Arzt auszufüllen:

| Einheit/ Station | Datum | Name des Arztes | Unterschrift und Stempel des Arztes |
|------------------|-------|-----------------|-------------------------------------|
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |

# Pneumologie (N-OP I / 4. Studienjahr)

**(1 Fehlertermin möglich, jedoch insgesamt nur 3 Fehlertermine im Blockpraktikum Innere Medizin des 4. + 5. StJ.)**

Vom Arzt auszufüllen:

| Einheit/ Station | Datum | Name des Arztes | Unterschrift und Stempel des Arztes |
|------------------|-------|-----------------|-------------------------------------|
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |



# Rheumatologie (N-OP II / 5. Studienjahr)

**(1 Fehlertermin möglich, jedoch insgesamt nur 3 Fehlertermine im Blockpraktikum Innere Medizin des 4. + 5. StJ.)**

Vom Arzt auszufüllen:

| Einheit/ Station | Datum | Name des Arztes | Unterschrift und Stempel des Arztes |
|------------------|-------|-----------------|-------------------------------------|
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |

## Geriatrie (N-OP II / 5. Studienjahr)

**(kein Fehlertermin möglich)**

Vom Arzt auszufüllen:

| Einheit/ Station | Datum | Name des Arztes | Unterschrift und Stempel des Arztes |
|------------------|-------|-----------------|-------------------------------------|
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |

## Intensivmedizin (N-OP II / 5. Studienjahr)

**(kein Fehlertermin möglich)**

Vom Arzt auszufüllen:

| Einheit/ Station | Datum | Name des Arztes | Unterschrift und Stempel des Arztes |
|------------------|-------|-----------------|-------------------------------------|
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |

## Hämatologie/Onkologie (N-OP II / 5. StJ)

**(kein Fehlertermin möglich)**

Vom Arzt auszufüllen:

| Einheit/ Station | Datum | Name des Arztes | Unterschrift und Stempel des Arztes |
|------------------|-------|-----------------|-------------------------------------|
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |

## Nephrologie (N-OP II / 5. Studienjahr)

**(kein Fehlertermin möglich)**

Vom Arzt auszufüllen:

| Einheit/ Station | Datum | Name des Arztes | Unterschrift und Stempel des Arztes |
|------------------|-------|-----------------|-------------------------------------|
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |

# Notenblätter

**Wichtig:** Bitte sorgfältig aufbewahren.

Hier erfolgt die Eintragung aller Teilnoten im Blockpraktikum Innere Medizin aus U-Kurs (3. Studienjahr), N-OP I (4. Studienjahr) und N-OP II (5. Studienjahr) und die Note für den UaK der Psychosomatik (5. Studienjahr)

## **Abgabe im Referat Lehre**

Dieses Notenblatt ist **nach Abschluss des 10. Fachsemesters** (im Vorfeld der Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung) **im Referat Lehre** abzugeben.

Der konkrete Zeitraum zur Vorlage wird in der zweiten Hälfte des Semesters im Studierendenportal mitgeteilt.

Eine Bestätigung der Abgabe erfolgt auf einer von den Studierenden **selbst gefertigten Kopie** des Notenblattes, die zum Termin mitzubringen ist.

Die **Anwesenheitsnachweise** in den Heften sind für Nachprüfungen durch das Fach oder das Referat Lehre auf Anforderung verfügbar zu halten. Fehlzeiten über dem laut Studienordnung und Praktikumsheft zulässigen Zeitrahmen ziehen Auflagen (Nachholen von Veranstaltungen) und ggf. die Aberkennung des Leistungsnachweises nach sich.

Teilnoten der Praktikumsabschnitte im

# Blockpraktikum Innere Medizin

Name, Vorname:

Matrikelnummer:

Kursgruppe:

## Untersuchungskurs (3. Studienjahr)

| Name und Unterschrift Lernklinik |  | Stempel | Datum | Note |
|----------------------------------|--|---------|-------|------|
| Erstantritt                      |  |         |       |      |
| 1. Wiederholung                  |  |         |       |      |
| 2. Wiederholung                  |  |         |       |      |

## Kardiologie (N-OP I)

| Name und Unterschrift des Arztes |  | Stempel | Datum | Note |
|----------------------------------|--|---------|-------|------|
|                                  |  |         |       |      |

## Endokrinologie (N-OP I)

| Name und Unterschrift des Arztes |  | Stempel | Datum | Note |
|----------------------------------|--|---------|-------|------|
|                                  |  |         |       |      |

## Gastroenterologie (N-OP I)

| Name und Unterschrift des Arztes |  | Stempel | Datum | Note |
|----------------------------------|--|---------|-------|------|
|                                  |  |         |       |      |

## Pneumologie (N-OP I)

| Name und Unterschrift des Arztes |  | Stempel | Datum | Note |
|----------------------------------|--|---------|-------|------|
|                                  |  |         |       |      |

## Rheumatologie, Geriatrie (N-OP II)

| Name und Unterschrift des Arztes |  | Stempel | Datum | Note |
|----------------------------------|--|---------|-------|------|
|                                  |  |         |       |      |

# WIEDERHOLUNGEN

(nur für **nicht bestandene** Erfolgskontrollen)

## Fachgebiet:

| Name und Unterschrift des Arztes |  | Stempel | Datum | Note |
|----------------------------------|--|---------|-------|------|
|                                  |  |         |       |      |

## Fachgebiet:

| Name und Unterschrift des Arztes |  | Stempel | Datum | Note |
|----------------------------------|--|---------|-------|------|
|                                  |  |         |       |      |

---

## Bestätigung durch das Prüfungsamt / Referat Lehre

Die für den Leistungsnachweis vorgeschriebenen Unterrichtsveranstaltungen einschließlich Untersuchungskurs wurden regelmäßig und mit Erfolg besucht.

## Gesamtnote:

Datum/Unterschrift .....  
(Stempel/Siegel)

# Teilnote für den Leistungsnachweis im Fach Psychosomatik (N-OP II / 5. Studienjahr)

| Name und Unterschrift des<br>Arztes |  | Stempel | Datum | Note |
|-------------------------------------|--|---------|-------|------|
|                                     |  |         |       |      |
| 1. Wieder-<br>holung                |  |         |       |      |
| 2. Wieder-<br>holung                |  |         |       |      |



# Allgemeinmedizin (max. 1 Fehltermin möglich)

| Blockpraktikumstag (Datum)                            | Anwesenheitsdauer<br><b>(mind. 37 x 45 min.)</b> | Unterschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Montag                                                |                                                  |                                            |
| Dienstag                                              |                                                  |                                            |
| Mittwoch                                              |                                                  |                                            |
| Donnerstag                                            |                                                  |                                            |
| Freitag                                               |                                                  |                                            |
| Montag                                                |                                                  |                                            |
| Dienstag                                              |                                                  |                                            |
| Mittwoch                                              |                                                  |                                            |
| Donnerstag                                            |                                                  |                                            |
| Freitag                                               |                                                  |                                            |
| Kurs im Institut für Allgemeinmedizin<br>(90 Minuten) |                                                  |                                            |

Bescheinigung QSB 8 - Notfallmedizin (2 x 45 min) und QSB 10 - Prävention (3 x 45 min) im Praktikumsheft für die Querschnittsbereiche nicht vergessen!  
Diese Kurse finden im Rahmen des Blockpraktikums statt.

## Dermatologie (max. 1 Fehlertermin möglich)

Vom Arzt auszufüllen:

| Einheit/ Station | Datum | Name des Arztes | Unterschrift und<br>Stempel des Arztes |
|------------------|-------|-----------------|----------------------------------------|
|                  | Mo    |                 |                                        |
|                  | Die   |                 |                                        |
|                  | Mi    |                 |                                        |
|                  | Do    |                 |                                        |
|                  | Fr    |                 |                                        |
|                  | Mo    |                 |                                        |
|                  | Die   |                 |                                        |
|                  | Mi    |                 |                                        |
|                  | Do    |                 |                                        |
|                  | Fr    |                 |                                        |

# Pädiatrie

**(insgesamt max. 2 Fehltermine möglich)**

Vom Arzt auszufüllen:

| Pädiatrie 1 |         |       |                      |
|-------------|---------|-------|----------------------|
| Datum       | Station | Thema | Stempel/Unterschrift |
|             |         |       |                      |
|             |         |       |                      |
|             |         |       |                      |
|             |         |       |                      |
|             |         |       |                      |

| <b>Pädiatrie 2</b>                           |            |       |                      |
|----------------------------------------------|------------|-------|----------------------|
| Datum                                        | Station    | Thema | Stempel/Unterschrift |
|                                              | KJP        |       |                      |
|                                              | Auxologie  |       |                      |
|                                              | Poliklinik |       |                      |
| Unterschrift QSB Schmerzmedizin im QSB-Heft! |            |       |                      |

| <b>Pädiatrie 3</b> |         |       |                      |
|--------------------|---------|-------|----------------------|
| Datum              | Station | Thema | Stempel/Unterschrift |
|                    |         |       |                      |
|                    |         |       |                      |
|                    |         |       |                      |
|                    |         |       |                      |
|                    |         |       |                      |

| Pädiatrie 4 |         |       |                      |
|-------------|---------|-------|----------------------|
| Datum       | Station | Thema | Stempel/Unterschrift |
|             |         |       |                      |
|             |         |       |                      |
|             |         |       |                      |
|             |         |       |                      |
|             |         |       |                      |

## Humangenetik

Vom Arzt auszufüllen: **(kein Fehlertermin möglich)**

| Datum | Name des Arztes | Stempel und Unterschrift des Arztes |
|-------|-----------------|-------------------------------------|
|       |                 |                                     |

# Psychiatrie (max. 1 Fehltermin möglich)

Vom Arzt auszufüllen:

| Einheit/ Station | Datum | Name des Arztes | Unterschrift und<br>Stempel des Arztes |
|------------------|-------|-----------------|----------------------------------------|
|                  |       |                 |                                        |
|                  |       |                 |                                        |
|                  |       |                 |                                        |
|                  |       |                 |                                        |
|                  |       |                 |                                        |
|                  |       |                 |                                        |
|                  |       |                 |                                        |
|                  |       |                 |                                        |
|                  |       |                 |                                        |
|                  |       |                 |                                        |

# Psychosomatik (max. 1 Fehltermin möglich)

Vom Arzt auszufüllen:

| Einheit/ Station                 | Datum                                                                              | Name des Arztes                                                           | Unterschrift und Stempel des Arztes |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Einführung                    |                                                                                    |                                                                           |                                     |
| 2. Anamneseschema                |                                                                                    |                                                                           |                                     |
| 3. Depression                    |                                                                                    |                                                                           |                                     |
| 4. Rollenspiel zu 3.             |                                                                                    |                                                                           |                                     |
| 5. Angst / Phobie                |                                                                                    |                                                                           |                                     |
| 6. Rollenspiel zu 5.             |                                                                                    |                                                                           |                                     |
| 7. Somatoforme Störung / Schmerz |  | Teil des QSB 14, die erfolgreiche Teilnahme wird im QSB-Heft dokumentiert |                                     |
| 8. Rollenspiel zu 7.             |                                                                                    |                                                                           |                                     |
| 9. Essstörung                    |                                                                                    |                                                                           |                                     |
| 10. Rollenspiel zu 9.            |                                                                                    |                                                                           |                                     |



# Neurologie (max. 1 Fehltermin möglich)

Vom Arzt auszufüllen:

| Einheit/Station         | Datum                                                                               | Unterschrift und Stempel des Arztes                                       |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Auffrischung Neurol Unt |                                                                                     |                                                                           |
| Mo Station / Ambulanz   |                                                                                     |                                                                           |
| Di Nachbesprechung      |                                                                                     |                                                                           |
| Di Station / Ambulanz   |                                                                                     |                                                                           |
| Mi Nachbesprechung      |                                                                                     |                                                                           |
| Mi Station / Ambulanz   |                                                                                     |                                                                           |
| Do Nachbesprechung      |                                                                                     |                                                                           |
| Do Station / Ambulanz   |                                                                                     |                                                                           |
| Fr Station / Ambulanz   |                                                                                     |                                                                           |
| Fr Nachbesprechung      |                                                                                     |                                                                           |
| Schmerz                 |  | Teil des QSB 14, die erfolgreiche Teilnahme wird im QSB-Heft dokumentiert |

# **Neurochirurgie**

**(1 Fehltermin möglich, jedoch insgesamt nur 2 Fehltermine in Unfall-, Herz-, Neurochirurgie)**

Vom Arzt auszufüllen:

| Einheit/ Station | Datum | Name des Arztes | Unterschrift und Stempel des Arztes |
|------------------|-------|-----------------|-------------------------------------|
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |
|                  |       |                 |                                     |

**Wichtig:**

**Die Note im Fach Neurochirurgie wird im Nachweisheft für die Operativen Fächer eingetragen (Blockpraktikum Chirurgie).**