

Logbuch *Zusatzqualifikation*

Kardiale Magnetresonanztomographie

(CMR)

Ausfüllhinweise und Hinweise zum Datenschutz

Das Ausfüllen der Stammdaten in der PDF-Datei ist vor dem Ausdrucken des Logbuches unbedingt erforderlich. Ihre Stammdaten werden automatisch auf alle Folgeseiten des Logbuches übertragen.

Es sind nur Prozeduren anzugeben, die vom Kandidaten (selbstständig/unter Anleitung oder in Assistenz) durchgeführt wurden. Sie sind in chronologischer Reihenfolge anzugeben. Bitte beachten Sie die abschließende Statistik am Ende des Dokuments.

Bei den Angaben für den Untersucher sind folgende Kürzel zu verwenden:

1 = in Assistenz

2 = unter Anleitung eines Level-III-Mentors

3 = selbstständig

Der Kandidat ist dafür verantwortlich, in einer einrichtungsinternen Dokumentation unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen sicherzustellen, dass er die Kennzeichnung einer bestimmten Prozedur einem bestimmten Patienten zuordnen kann. Die Prüfungskommission behält sich vor, ggf. stichprobenartige Überprüfungen der Angaben vorzunehmen. Angaben in diesem Logbuch, die darüber hinaus die Zuordnung zu einem bestimmten Patienten ermöglichen (z. B. Patienten-Initialen, Geburtsdaten, Archivnummern usw.) sind nicht zulässig. Der Kandidat ist zuständig für die Einhaltung des Datenschutzes.



Logbuch *Zusatzqualifikation*

Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Mindestzahlen lt. Curriculum

Stufe I

In Stufe I sollte der Kandidat mindestens 50 Patienten in einem akkreditierten MR-Labor, unter der Anleitung eines Level-III-Mentors, untersuchen. Von diesen 50 Patientenuntersuchungen sollten möglichst mehr als die Hälfte unter Anleitung eines Mentors der Stufe III interpretiert werden.

Stufe II

In Zeitraum der Stufe II sollten mindestens 150 CMR-Untersuchungen im Beisein des Weiterzubildenden durchgeführt werden (oder ein Äquivalent über 12 Monate verteilt), wobei diese Untersuchungen anhand eines Logbuches nachzuweisen sind. Dazu sollte der Weiterzubildende bei 50 CMR-Untersuchungen als der primäre Operator fungieren (Vorbereitung des Patienten, Durchführung der Untersuchung mit einer MTA und Interpretation der Befunde).

Stufe III

Während Stufe III sollte der Weiterzubildende mindestens 300 CMR-Untersuchungen absolvieren, wobei diese Untersuchungen anhand eines Logbuches nachzuweisen sind. Von den 300 Untersuchungen muss er bei mindestens 100 selbstständig als primärer Operator fungieren (Vorbereitung des Patienten, Durchführung der Untersuchung mit einer MTA und Interpretation der Befunde) sowie 100 CMR-Untersuchungen unter Anleitung eines Level-III- Mentors befunden, die restlichen 100 können aus einer zentralen Datenbank der DGK vom Weiterzubildenden ausgewertet werden.

Hinweis:

Wenn Sie Fälle aus der Datenbank der DGK bearbeitet haben, geben Sie hier bitte die Anzahl an. Bitte machen Sie die Angaben wahrheitsgemäß. Der Zugriff auf Fälle der Datenbank wird protokolliert und stichprobenartig kontrolliert. Fehlerhafte Angaben können zum Ausschluss aus dem Programm führen.

Anzahl der Fälle aus der DGK Datenbank:



Logbuch *Zusatzqualifikation*

Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Stammdaten

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____

Leiter der Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Angaben für Ihre fortlaufende Prozedurnummer:

Initialen: _____ (jeweils der erste Buchstabe des Vor- und Nachnamens ohne Punkt; z.B. Christian Mustermann = CM)

Geburtsdatum: _____ (ohne Punkt; z.B. 01.01.1968 = 01011968)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Stufe I (S1)

In Stufe I sollte der Kandidat mindestens 50 Patienten in einem akkreditierten MR-Labor, unter der Anleitung eines Level-III-Mentors, untersuchen. Von diesen 50 Patientenuntersuchungen sollten möglichst mehr als die Hälfte unter Anleitung eines Mentors der Stufe III interpretiert werden.

| Prozedur-Nummer (S1) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -1 | | | | |
| -2 | | | | |
| -3 | | | | |
| -4 | | | | |
| -5 | | | | |
| -6 | | | | |
| -7 | | | | |
| -8 | | | | |
| -9 | | | | |
| -10 | | | | |
| -11 | | | | |
| -12 | | | | |
| -13 | | | | |
| -14 | | | | |
| -15 | | | | |
| -16 | | | | |
| -17 | | | | |
| -18 | | | | |
| -19 | | | | |
| -20 | | | | |
| -21 | | | | |

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S1) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -22 | | | | |
| -23 | | | | |
| -24 | | | | |
| -25 | | | | |
| -26 | | | | |
| -27 | | | | |
| -28 | | | | |
| -29 | | | | |
| -30 | | | | |
| -31 | | | | |
| -32 | | | | |
| -33 | | | | |
| -34 | | | | |
| -35 | | | | |
| -36 | | | | |
| -37 | | | | |
| -38 | | | | |
| -39 | | | | |
| -40 | | | | |
| -41 | | | | |
| -42 | | | | |
| -43 | | | | |
| -44 | | | | |
| -45 | | | | |
| -46 | | | | |

Logbuch *Zusatzqualifikation*

Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S1) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -47 | | | | |
| -48 | | | | |
| -49 | | | | |
| -50 | | | | |

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Stufe II (S2)

In Zeitraum der Stufe II sollten mindestens 150 CMR-Untersuchungen im Beisein des Weiterzubildenden durchgeführt werden (oder ein Äquivalent über 12 Monate verteilt), wobei diese Untersuchungen anhand eines Logbuches nachzuweisen sind. Dazu sollte der Weiterzubildende bei 50 CMR-Untersuchungen als der primäre Operator fungieren (Vorbereitung des Patienten, Durchführung der Untersuchung mit einer MTA und Interpretation der Befunde).

| Prozedur-Nummer (S2) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -1 | | | | |
| -2 | | | | |
| -3 | | | | |
| -4 | | | | |
| -5 | | | | |
| -6 | | | | |
| -7 | | | | |
| -8 | | | | |
| -9 | | | | |
| -10 | | | | |
| -11 | | | | |
| -12 | | | | |
| -13 | | | | |
| -14 | | | | |
| -15 | | | | |
| -16 | | | | |
| -17 | | | | |
| -18 | | | | |
| -19 | | | | |
| -20 | | | | |

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S2) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -21 | | | | |
| -22 | | | | |
| -23 | | | | |
| -24 | | | | |
| -25 | | | | |
| -26 | | | | |
| -27 | | | | |
| -28 | | | | |
| -29 | | | | |
| -30 | | | | |
| -31 | | | | |
| -32 | | | | |
| -33 | | | | |
| -34 | | | | |
| -35 | | | | |
| -36 | | | | |
| -37 | | | | |
| -38 | | | | |
| -39 | | | | |
| -40 | | | | |
| -41 | | | | |
| -42 | | | | |
| -43 | | | | |
| -44 | | | | |
| -45 | | | | |

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S2) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -46 | | | | |
| -47 | | | | |
| -48 | | | | |
| -49 | | | | |
| -50 | | | | |
| -51 | | | | |
| -52 | | | | |
| -53 | | | | |
| -54 | | | | |
| -55 | | | | |
| -56 | | | | |
| -57 | | | | |
| -58 | | | | |
| -59 | | | | |
| -60 | | | | |
| -61 | | | | |
| -62 | | | | |
| -63 | | | | |
| -64 | | | | |
| -65 | | | | |
| -66 | | | | |
| -67 | | | | |
| -68 | | | | |
| -69 | | | | |
| -70 | | | | |

Logbuch *Zusatzqualifikation*

Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S2) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -71 | | | | |
| -72 | | | | |
| -73 | | | | |
| -74 | | | | |
| -75 | | | | |
| -76 | | | | |
| -77 | | | | |
| -78 | | | | |
| -79 | | | | |
| -80 | | | | |
| -81 | | | | |
| -82 | | | | |
| -83 | | | | |
| -84 | | | | |
| -85 | | | | |
| -86 | | | | |
| -87 | | | | |
| -88 | | | | |
| -89 | | | | |
| -90 | | | | |
| -91 | | | | |
| -92 | | | | |
| -93 | | | | |
| -94 | | | | |
| -95 | | | | |

 Datum, Unterschrift des Kandidaten

 Datum, Unterschrift des Leiters der *Zusatzqualifikation CMR*

Logbuch Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S2) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -96 | | | | |
| -97 | | | | |
| -98 | | | | |
| -99 | | | | |
| -100 | | | | |
| -101 | | | | |
| -102 | | | | |
| -103 | | | | |
| -104 | | | | |
| -105 | | | | |
| -106 | | | | |
| -107 | | | | |
| -108 | | | | |
| -109 | | | | |
| -110 | | | | |
| -111 | | | | |
| -112 | | | | |
| -113 | | | | |
| -114 | | | | |
| -115 | | | | |
| -116 | | | | |
| -117 | | | | |
| -118 | | | | |
| -119 | | | | |
| -120 | | | | |

Logbuch *Zusatzqualifikation*

Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S2) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -121 | | | | |
| -122 | | | | |
| -123 | | | | |
| -124 | | | | |
| -125 | | | | |
| -126 | | | | |
| -127 | | | | |
| -128 | | | | |
| -129 | | | | |
| -130 | | | | |
| -131 | | | | |
| -132 | | | | |
| -133 | | | | |
| -134 | | | | |
| -135 | | | | |
| -136 | | | | |
| -137 | | | | |
| -138 | | | | |
| -139 | | | | |
| -140 | | | | |
| -141 | | | | |
| -142 | | | | |
| -143 | | | | |
| -144 | | | | |
| -145 | | | | |

 Datum, Unterschrift des Kandidaten

 Datum, Unterschrift des Leiters der *Zusatzqualifikation CMR*

Logbuch *Zusatzqualifikation*

Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S2) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -146 | | | | |
| -147 | | | | |
| -148 | | | | |
| -149 | | | | |
| -150 | | | | |

Logbuch Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Stufe III (S3)

Während Stufe III sollte der Weiterzubildende mindestens 300 CMR-Untersuchungen absolvieren, wobei diese Untersuchungen anhand eines Logbuches nachzuweisen sind. Von den 300 Untersuchungen muss er bei mindestens 100 selbstständig als primärer Operator fungieren (Vorbereitung des Patienten, Durchführung der Untersuchung mit einer MTA und Interpretation der Befunde) sowie 100 CMR-Untersuchungen unter Anleitung eines Level-III- Mentors befunden, die restlichen 100 können aus einer zentralen Datenbank der DGK vom Weiterzubildenden ausgewertet werden.

| Prozedur-Nummer (S3) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -1 | | | | |
| -2 | | | | |
| -3 | | | | |
| -4 | | | | |
| -5 | | | | |
| -6 | | | | |
| -7 | | | | |
| -8 | | | | |
| -9 | | | | |
| -10 | | | | |
| -11 | | | | |
| -12 | | | | |
| -13 | | | | |
| -14 | | | | |
| -15 | | | | |
| -16 | | | | |
| -17 | | | | |
| -18 | | | | |
| -19 | | | | |

 Datum, Unterschrift des Kandidaten

 Datum, Unterschrift des Leiters der Zusatzqualifikation CMR

Logbuch Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S3) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -20 | | | | |
| -21 | | | | |
| -22 | | | | |
| -23 | | | | |
| -24 | | | | |
| -25 | | | | |
| -26 | | | | |
| -27 | | | | |
| -28 | | | | |
| -29 | | | | |
| -30 | | | | |
| -31 | | | | |
| -32 | | | | |
| -33 | | | | |
| -34 | | | | |
| -35 | | | | |
| -36 | | | | |
| -37 | | | | |
| -38 | | | | |
| -39 | | | | |
| -40 | | | | |
| -41 | | | | |
| -42 | | | | |
| -43 | | | | |
| -44 | | | | |

Datum, Unterschrift des Kandidaten _____

Datum, Unterschrift des Leiters der Zusatzqualifikation CMR _____

Logbuch Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S3) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -45 | | | | |
| -46 | | | | |
| -47 | | | | |
| -48 | | | | |
| -49 | | | | |
| -50 | | | | |
| -51 | | | | |
| -52 | | | | |
| -53 | | | | |
| -54 | | | | |
| -55 | | | | |
| -56 | | | | |
| -57 | | | | |
| -58 | | | | |
| -59 | | | | |
| -60 | | | | |
| -61 | | | | |
| -62 | | | | |
| -63 | | | | |
| -64 | | | | |
| -65 | | | | |
| -66 | | | | |
| -67 | | | | |
| -68 | | | | |
| -69 | | | | |

 Datum, Unterschrift des Kandidaten

 Datum, Unterschrift des Leiters der Zusatzqualifikation CMR

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S3) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -70 | | | | |
| -71 | | | | |
| -72 | | | | |
| -73 | | | | |
| -74 | | | | |
| -75 | | | | |
| -76 | | | | |
| -77 | | | | |
| -78 | | | | |
| -79 | | | | |
| -80 | | | | |
| -81 | | | | |
| -82 | | | | |
| -83 | | | | |
| -84 | | | | |
| -85 | | | | |
| -86 | | | | |
| -87 | | | | |
| -88 | | | | |
| -89 | | | | |
| -90 | | | | |
| -91 | | | | |
| -92 | | | | |
| -93 | | | | |
| -94 | | | | |

Logbuch *Zusatzqualifikation*

Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S3) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -95 | | | | |
| -96 | | | | |
| -97 | | | | |
| -98 | | | | |
| -99 | | | | |
| -100 | | | | |
| -101 | | | | |
| -102 | | | | |
| -103 | | | | |
| -104 | | | | |
| -105 | | | | |
| -106 | | | | |
| -107 | | | | |
| -108 | | | | |
| -109 | | | | |
| -110 | | | | |
| -111 | | | | |
| -112 | | | | |
| -113 | | | | |
| -114 | | | | |
| -115 | | | | |
| -116 | | | | |
| -117 | | | | |
| -118 | | | | |
| -119 | | | | |

Datum, Unterschrift des Kandidaten _____

 Datum, Unterschrift des Leiters der *Zusatzqualifikation CMR* _____

Logbuch Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S3) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -120 | | | | |
| -121 | | | | |
| -122 | | | | |
| -123 | | | | |
| -124 | | | | |
| -125 | | | | |
| -126 | | | | |
| -127 | | | | |
| -128 | | | | |
| -129 | | | | |
| -130 | | | | |
| -131 | | | | |
| -132 | | | | |
| -133 | | | | |
| -134 | | | | |
| -135 | | | | |
| -136 | | | | |
| -137 | | | | |
| -138 | | | | |
| -139 | | | | |
| -140 | | | | |
| -141 | | | | |
| -142 | | | | |
| -143 | | | | |
| -144 | | | | |

Datum, Unterschrift des Kandidaten _____

Datum, Unterschrift des Leiters der Zusatzqualifikation CMR _____

Logbuch *Zusatzqualifikation*

Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S3) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -145 | | | | |
| -146 | | | | |
| -147 | | | | |
| -148 | | | | |
| -149 | | | | |
| -150 | | | | |
| -151 | | | | |
| -152 | | | | |
| -153 | | | | |
| -154 | | | | |
| -155 | | | | |
| -156 | | | | |
| -157 | | | | |
| -158 | | | | |
| -159 | | | | |
| -160 | | | | |
| -161 | | | | |
| -162 | | | | |
| -163 | | | | |
| -164 | | | | |
| -165 | | | | |
| -166 | | | | |
| -167 | | | | |
| -168 | | | | |
| -169 | | | | |

Datum, Unterschrift des Kandidaten _____

 Datum, Unterschrift des Leiters der *Zusatzqualifikation CMR* _____

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S3) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -170 | | | | |
| -171 | | | | |
| -172 | | | | |
| -173 | | | | |
| -174 | | | | |
| -175 | | | | |
| -176 | | | | |
| -177 | | | | |
| -178 | | | | |
| -179 | | | | |
| -180 | | | | |
| -181 | | | | |
| -182 | | | | |
| -183 | | | | |
| -184 | | | | |
| -185 | | | | |
| -186 | | | | |
| -187 | | | | |
| -188 | | | | |
| -189 | | | | |
| -190 | | | | |
| -191 | | | | |
| -192 | | | | |
| -193 | | | | |
| -194 | | | | |

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S3) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -195 | | | | |
| -196 | | | | |
| -197 | | | | |
| -198 | | | | |
| -199 | | | | |
| -200 | | | | |
| -201 | | | | |
| -202 | | | | |
| -203 | | | | |
| -204 | | | | |
| -205 | | | | |
| -206 | | | | |
| -207 | | | | |
| -208 | | | | |
| -209 | | | | |
| -210 | | | | |
| -211 | | | | |
| -212 | | | | |
| -213 | | | | |
| -214 | | | | |
| -215 | | | | |
| -216 | | | | |
| -217 | | | | |
| -218 | | | | |
| -219 | | | | |

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S3) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -220 | | | | |
| -221 | | | | |
| -222 | | | | |
| -223 | | | | |
| -224 | | | | |
| -225 | | | | |
| -226 | | | | |
| -227 | | | | |
| -228 | | | | |
| -229 | | | | |
| -230 | | | | |
| -231 | | | | |
| -232 | | | | |
| -233 | | | | |
| -234 | | | | |
| -235 | | | | |
| -236 | | | | |
| -237 | | | | |
| -238 | | | | |
| -239 | | | | |
| -240 | | | | |
| -241 | | | | |
| -242 | | | | |
| -243 | | | | |
| -244 | | | | |

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S3) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -245 | | | | |
| -246 | | | | |
| -247 | | | | |
| -248 | | | | |
| -249 | | | | |
| -250 | | | | |
| -251 | | | | |
| -252 | | | | |
| -253 | | | | |
| -254 | | | | |
| -255 | | | | |
| -256 | | | | |
| -257 | | | | |
| -258 | | | | |
| -259 | | | | |
| -260 | | | | |
| -261 | | | | |
| -262 | | | | |
| -263 | | | | |
| -264 | | | | |
| -265 | | | | |
| -266 | | | | |
| -267 | | | | |
| -268 | | | | |
| -269 | | | | |

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S3) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -270 | | | | |
| -271 | | | | |
| -272 | | | | |
| -273 | | | | |
| -274 | | | | |
| -275 | | | | |
| -276 | | | | |
| -277 | | | | |
| -278 | | | | |
| -279 | | | | |
| -280 | | | | |
| -281 | | | | |
| -282 | | | | |
| -283 | | | | |
| -284 | | | | |
| -285 | | | | |
| -286 | | | | |
| -287 | | | | |
| -288 | | | | |
| -289 | | | | |
| -290 | | | | |
| -291 | | | | |
| -292 | | | | |
| -293 | | | | |
| -294 | | | | |

Datum, Unterschrift des Kandidaten _____

Datum, Unterschrift des Leiters der Zusatzqualifikation CMR _____

Logbuch *Zusatzqualifikation*

Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

| Prozedur-Nummer (S3) | Prozedur-Datum | Art der Untersuchung | Klinische Indikation | Untersucher |
|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|-------------|
| -295 | | | | |
| -296 | | | | |
| -297 | | | | |
| -298 | | | | |
| -299 | | | | |
| -300 | | | | |

Abschließende Statistik

| Art der Prozeduren | Zahl der durchgeführten Prozeduren |
|---|------------------------------------|
| gesamt | |
| in Assistenz | |
| unter Anleitung eines Level-III-Mentors | |
| selbstständig | |
| aus der DGK Datenbank | |

Datum, Unterschrift des Kandidaten _____

 Datum, Unterschrift des Leiters der *Zusatzqualifikation CMR* _____