

Ausfüllhinweise und Hinweise zum Datenschutz

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

Es sind nur Prozeduren anzugeben, an denen der Kandidat beteiligt war, bzw. diese durchgeführt hat. Sie sind in chronologischer Reihenfolge anzugeben. Bitte beachten Sie die abschließende Statistik am Ende des Dokuments. Diese soll die Gesamtanzahl der im Logbuch eingetragenen Prozeduren widerspiegeln.

Der Kandidat ist dafür verantwortlich, in einer einrichtungsinternen Dokumentation unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen sicherzustellen, dass er die Kennzeichnung einer bestimmten Prozedur auch 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.

Wechsel der Stätte

Sollten Sie während der Qualifizierungszeit die Stätte wechseln, beginnen Sie bitte ein neues Logbuch. Die Mindestzahlen werden fortgezählt.

Bitte füllen Sie Ihre Stammdaten aus. Diese werden auf die folgenden Seiten automatisch übernommen

Stammdaten

Stätte der Zusatzqualifikation: _____

Kandidat (Titel, Vorname, Name): _____

(stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation (Titel, Vorname, Name): _____

Mindestzahlen lt. Curriculum

Bitte tragen Sie auf den folgenden Seiten Ihre geleisteten Untersuchungen ein. Die geforderten Mindestzahlen basieren auf Ihrer beantragten Stufe

Stufe 1

Mitbetreuung von mindestens 50 Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörungen

Stufe 2

≥ 30 Fälle kardiovaskulärer Schlafmedizin einschließlich Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung

≥ 30 Polygraphien (selbstständig)

≥ 30 Polysomnographien unter Anleitung, davon: a) 10 Polygraphien/Polysomnographien mit obstruktiver Schlafapnoe und b) 10 Polygraphien/

Polysomnographien mit zentraler Schlafapnoe

10 Therapiekontrollen bei Patienten mit einer schlafbezogenen Atmungsstörung

Stufe 3

Mindestens 150 schlafmedizinische Untersuchungen, davon:

– mindestens 100 diagnostische Polysomnographien

– mindestens 50 Polysomnographien zur Einleitung einer Positivdrucktherapie

– selbstständige Befundung aller Untersuchungen

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Stufe 1

Mitbetreuung von mindestens 50 Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörungen

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung	Bemerkung
1		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
2		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
3		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
4		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
5		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
6		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
7		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
8		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
9		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
10		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
11		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
12		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
13		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
14		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
15		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
16		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
17		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
18		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
19		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
20		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin

Logbuch Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin (SM)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung	Bemerkung
21		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
22		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
23		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
24		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
25		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
26		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
27		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
28		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
29		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
30		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
31		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
32		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
33		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
34		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
35		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
36		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
37		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
38		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
39		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
40		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
41		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
42		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
43		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
44		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung	Bemerkung
45		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
46		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
47		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
48		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
49		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	
50		Mitbetreuung von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Stufe 2

≥ 30 Fälle kardiovaskulärer Schlafmedizin einschließlich Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung	Bemerkung
1		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
2		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
3		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
4		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
5		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
6		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
7		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
8		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
9		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
10		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
11		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
12		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
13		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
14		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
15		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
16		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
17		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
18		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
19		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
20		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin



Logbuch Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin (SM)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung	Bemerkung
21		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
22		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
23		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
24		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
25		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
26		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
27		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
28		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
29		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	
30		Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung bei Patientenfall kardiovaskulärer Schlafmedizin	

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin

Logbuch Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin (SM)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Stufe 2

≥ 30 Polygraphien (selbstständig)

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung	Bemerkung
1		Polygraphie (selbstständig)	
2		Polygraphie (selbstständig)	
3		Polygraphie (selbstständig)	
4		Polygraphie (selbstständig)	
5		Polygraphie (selbstständig)	
6		Polygraphie (selbstständig)	
7		Polygraphie (selbstständig)	
8		Polygraphie (selbstständig)	
9		Polygraphie (selbstständig)	
10		Polygraphie (selbstständig)	
11		Polygraphie (selbstständig)	
12		Polygraphie (selbstständig)	
13		Polygraphie (selbstständig)	
14		Polygraphie (selbstständig)	
15		Polygraphie (selbstständig)	
16		Polygraphie (selbstständig)	
17		Polygraphie (selbstständig)	
18		Polygraphie (selbstständig)	
19		Polygraphie (selbstständig)	
20		Polygraphie (selbstständig)	
21		Polygraphie (selbstständig)	
22		Polygraphie (selbstständig)	

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin



Logbuch Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin (SM)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung	Bemerkung
23		Polygraphie (selbstständig)	
24		Polygraphie (selbstständig)	
25		Polygraphie (selbstständig)	
26		Polygraphie (selbstständig)	
27		Polygraphie (selbstständig)	
28		Polygraphie (selbstständig)	
29		Polygraphie (selbstständig)	
30		Polygraphie (selbstständig)	

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin

Logbuch Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin (SM)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Stufe 2

≥ 30 Polysomnographien unter Anleitung, davon: a) 10 Polygraphien/Polysomnographien mit obstruktiver Schlafapnoe und b) 10 Polygraphien/Polysomnographien mit zentraler Schlafapnoe

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung	Bemerkung
1		Obstruktive Schlafapnoe	
2		Obstruktive Schlafapnoe	
3		Obstruktive Schlafapnoe	
4		Obstruktive Schlafapnoe	
5		Obstruktive Schlafapnoe	
6		Obstruktive Schlafapnoe	
7		Obstruktive Schlafapnoe	
8		Obstruktive Schlafapnoe	
9		Obstruktive Schlafapnoe	
10		Obstruktive Schlafapnoe	
11		Zentrale Schlafapnoe	
12		Zentrale Schlafapnoe	
13		Zentrale Schlafapnoe	
14		Zentrale Schlafapnoe	
15		Zentrale Schlafapnoe	
16		Zentrale Schlafapnoe	
17		Zentrale Schlafapnoe	
18		Zentrale Schlafapnoe	
19		Zentrale Schlafapnoe	
20		Zentrale Schlafapnoe	

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin



Logbuch Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin (SM)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung	Bemerkung
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin

Logbuch Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin (SM)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Stufe 2

10 Therapiekontrollen bei Patienten mit einer schlafbezogenen Atmungsstörung

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung	Bemerkung
1		Therapiekontrolle bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung	
2		Therapiekontrolle bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung	
3		Therapiekontrolle bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung	
4		Therapiekontrolle bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung	
5		Therapiekontrolle bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung	
6		Therapiekontrolle bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung	
7		Therapiekontrolle bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung	
8		Therapiekontrolle bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung	
9		Therapiekontrolle bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung	
10		Therapiekontrolle bei Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörung	

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin

Logbuch Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin (SM)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Stufe 3

Mindestens 150 schlafmedizinische Untersuchungen, davon:

- mindestens 100 diagnostische Polysomnographien
- mindestens 50 Polysomnographien zur Einleitung einer Positivdrucktherapie
- selbstständige Befundung aller Untersuchungen

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung *	Bemerkung
1		Diagnostische Polysomnographie	
2		Diagnostische Polysomnographie	
3		Diagnostische Polysomnographie	
4		Diagnostische Polysomnographie	
5		Diagnostische Polysomnographie	
6		Diagnostische Polysomnographie	
7		Diagnostische Polysomnographie	
8		Diagnostische Polysomnographie	
9		Diagnostische Polysomnographie	
10		Diagnostische Polysomnographie	
11		Diagnostische Polysomnographie	
12		Diagnostische Polysomnographie	
13		Diagnostische Polysomnographie	
14		Diagnostische Polysomnographie	
15		Diagnostische Polysomnographie	
16		Diagnostische Polysomnographie	
17		Diagnostische Polysomnographie	
18		Diagnostische Polysomnographie	
19		Diagnostische Polysomnographie	

*selbstständige Befundung aller Untersuchungen

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin



Logbuch Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin (SM)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung *	Bemerkung
20		Diagnostische Polysomnographie	
21		Diagnostische Polysomnographie	
22		Diagnostische Polysomnographie	
23		Diagnostische Polysomnographie	
24		Diagnostische Polysomnographie	
25		Diagnostische Polysomnographie	
26		Diagnostische Polysomnographie	
27		Diagnostische Polysomnographie	
28		Diagnostische Polysomnographie	
29		Diagnostische Polysomnographie	
30		Diagnostische Polysomnographie	
31		Diagnostische Polysomnographie	
32		Diagnostische Polysomnographie	
33		Diagnostische Polysomnographie	
34		Diagnostische Polysomnographie	
35		Diagnostische Polysomnographie	
36		Diagnostische Polysomnographie	
37		Diagnostische Polysomnographie	
38		Diagnostische Polysomnographie	
39		Diagnostische Polysomnographie	
40		Diagnostische Polysomnographie	
41		Diagnostische Polysomnographie	
42		Diagnostische Polysomnographie	
43		Diagnostische Polysomnographie	
44		Diagnostische Polysomnographie	

*selbstständige Befundung aller Untersuchungen

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin



Logbuch Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin (SM)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung *	Bemerkung
45		Diagnostische Polysomnographie	
46		Diagnostische Polysomnographie	
47		Diagnostische Polysomnographie	
48		Diagnostische Polysomnographie	
49		Diagnostische Polysomnographie	
50		Diagnostische Polysomnographie	
51		Diagnostische Polysomnographie	
52		Diagnostische Polysomnographie	
53		Diagnostische Polysomnographie	
54		Diagnostische Polysomnographie	
55		Diagnostische Polysomnographie	
56		Diagnostische Polysomnographie	
57		Diagnostische Polysomnographie	
58		Diagnostische Polysomnographie	
59		Diagnostische Polysomnographie	
60		Diagnostische Polysomnographie	
61		Diagnostische Polysomnographie	
62		Diagnostische Polysomnographie	
63		Diagnostische Polysomnographie	
64		Diagnostische Polysomnographie	
65		Diagnostische Polysomnographie	
66		Diagnostische Polysomnographie	
67		Diagnostische Polysomnographie	
68		Diagnostische Polysomnographie	
69		Diagnostische Polysomnographie	
70		Diagnostische Polysomnographie	

*selbstständige Befundung aller Untersuchungen

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin

Logbuch Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin (SM)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung *	Bemerkung
71		Diagnostische Polysomnographie	
72		Diagnostische Polysomnographie	
73		Diagnostische Polysomnographie	
74		Diagnostische Polysomnographie	
75		Diagnostische Polysomnographie	
76		Diagnostische Polysomnographie	
77		Diagnostische Polysomnographie	
78		Diagnostische Polysomnographie	
79		Diagnostische Polysomnographie	
80		Diagnostische Polysomnographie	
81		Diagnostische Polysomnographie	
82		Diagnostische Polysomnographie	
83		Diagnostische Polysomnographie	
84		Diagnostische Polysomnographie	
85		Diagnostische Polysomnographie	
86		Diagnostische Polysomnographie	
87		Diagnostische Polysomnographie	
88		Diagnostische Polysomnographie	
89		Diagnostische Polysomnographie	
90		Diagnostische Polysomnographie	
91		Diagnostische Polysomnographie	
92		Diagnostische Polysomnographie	
93		Diagnostische Polysomnographie	
94		Diagnostische Polysomnographie	
95		Diagnostische Polysomnographie	

*selbstständige Befundung aller Untersuchungen

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin



Logbuch Zusatzqualifikation *Kardiovaskuläre Schlafmedizin (SM)*

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung *	Bemerkung
96		Diagnostische Polysomnographie	
97		Diagnostische Polysomnographie	
98		Diagnostische Polysomnographie	
99		Diagnostische Polysomnographie	
100		Diagnostische Polysomnographie	

*selbstständige Befundung aller Untersuchungen

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin

Logbuch Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin (SM)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung *	Bemerkung
1		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
2		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
3		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
4		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
5		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
6		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
7		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
8		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
9		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
10		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
11		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
12		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
13		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
14		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
15		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
16		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
17		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
18		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
19		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
20		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
21		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
22		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
23		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
24		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
25		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
26		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	

*selbstständige Befundung aller Untersuchungen

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin

Logbuch Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin (SM)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum der Untersuchung	Diagnose / Untersuchung *	Bemerkung
27		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
28		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
29		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
30		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
31		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
32		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
33		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
34		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
35		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
36		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
37		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
38		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
39		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
40		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
41		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
42		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
43		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
44		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
45		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
46		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
47		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
48		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
49		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	
50		Polysomnographie zur Einleitung einer Positivdrucktherapie	

*selbstständige Befundung aller Untersuchungen

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin