



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Stätte der Zusatzqualifikation:

Kandidat (Titel, Vorname, Name):

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

Mindestzahlen lt. Curriculum

Die Mindestzahlen variieren in Abhängigkeit von den beantragten Modulen. Unter den jeweiligen Überschriften finden Sie die Angaben zu den zu dokumentierenden Leistungen.

Sollten Sie über die geforderten Mindestzahlen hinaus weitere Leistungen erbracht haben, empfehlen wir Ihnen, sich diese im Zeugnis des Leiters der Zusatzqualifikation bescheinigen zu lassen.

Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Ausfüllhinweise und Hinweise zum Datenschutz

Es sind ausschließlich Prozeduren zu dokumentieren, die vom Kandidaten (selbstständig, unter Anleitung oder in Assistenz) durchgeführt wurden. **Diese sind in chronologischer Reihenfolge anzugeben.**

Die Dokumentation der durchgeführten Prozeduren ist in anonymisierter Form vorzunehmen, d. h., es dürfen daraus keine Rückschlüsse auf den jeweiligen Patienten gezogen werden können. Angaben in diesem Logbuch, die die Zuordnung zu einem bestimmten Patienten ermöglichen (z. B. Patienten-Initialen, Geburtsdaten, Archivnummern usw.) sind nicht zulässig.

Die Prüfungskommission behält sich vor, ggf. stichprobenartige Überprüfungen der Angaben vorzunehmen. Der Kandidat ist dafür verantwortlich, sicherzustellen, dass er die Kennzeichnung einer bestimmten Prozedur einem bestimmten Patienten zuordnen kann.

In den nachfolgenden Spalten sind folgende Angaben zu verwenden:

Art des Patientenkontakts:

ambulant, stationär, intensivmedizinisch, REHA

Art des Eingriffs:

Echo, Herzkatheter etc.

Operateur:

(1) Assistenz (2) unter Anleitung (3) selbstständig



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit (mindestens 12 Monate)

Im Rahmen der klinischen Tätigkeit muss in mindestens 80 Fällen die Diagnostik und Therapie einer chronischen Herzinsuffizienz sowie in 20 Fällen die Diagnostik und Therapie einer akuten Herzinsuffizienz durchgeführt werden. Als Mindestzahlen zum Nachweis vertiefter Bildgebungskenntnisse werden mind. 200 transthorakale Echokardiographien (davon 50 mit differenzierter Analyse der systolischen und diastolischen Funktion mittels Gewebedoppler) sowie mind. 25 transösophageale Echokardiographien bei Patienten mit Herzinsuffizienz gefordert. Darüber hinaus sind 10 Spiroergometrien, 50 Programmierungen von Schrittmachern und ICD-/CRT-Systemen, 20 Rechtsherzkatheter (ggf. inkl. Funktionsprüfung und ergometrischer Belastung) sowie die Befundung von 20 Untersuchungen im Bereich der Kardio-MRT oder alternativ die Teilnahme an 20 Befundkonferenzen nachzuweisen.

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
chron. Herzinsuffizienz	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
chron. Herzinsuffizienz	-19				
" "	-20				
" "	-21				
" "	-22				
" "	-23				
" "	-24				
" "	-25				
" "	-26				
" "	-27				
" "	-28				
" "	-29				
" "	-30				
" "	-31				
" "	-32				
" "	-33				
" "	-34				
" "	-35				
" "	-36				
" "	-37				
" "	-38				
" "	-39				
" "	-40				
" "	-41				
" "	-42				
" "	-43				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
chron. Herzinsuffizienz	-44				
" "	-45				
" "	-46				
" "	-47				
" "	-48				
" "	-49				
" "	-50				
" "	-51				
" "	-52				
" "	-53				
" "	-54				
" "	-55				
" "	-56				
" "	-57				
" "	-58				
" "	-59				
" "	-60				
" "	-61				
" "	-62				
" "	-63				
" "	-64				
" "	-65				
" "	-66				
" "	-67				
" "	-68				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
chron. Herzinsuffizienz	-69				
"	"	-70			
"	"	-71			
"	"	-72			
"	"	-73			
"	"	-74			
"	"	-75			
"	"	-76			
"	"	-77			
"	"	-78			
"	"	-79			
"	"	-80			



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
akute Herzinsuffizienz	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				
" "	-20				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Transthorakale	-1				
Echokardiographien	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				
" "	-20				
" "	-21				
" "	-22				
" "	-23				
" "	-24				
" "	-25				

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Transthorakale	-26				
Echokardiographien	-27				
" "	-28				
" "	-29				
" "	-30				
" "	-31				
" "	-32				
" "	-33				
" "	-34				
" "	-35				
" "	-36				
" "	-37				
" "	-38				
" "	-39				
" "	-40				
" "	-41				
" "	-42				
" "	-43				
" "	-44				
" "	-45				
" "	-46				
" "	-47				
" "	-48				
" "	-49				
" "	-50				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Transthorakale	-51				
Echokardiographien	-52				
" "	-53				
" "	-54				
" "	-55				
" "	-56				
" "	-57				
" "	-58				
" "	-59				
" "	-60				
" "	-61				
" "	-62				
" "	-63				
" "	-64				
" "	-65				
" "	-66				
" "	-67				
" "	-68				
" "	-69				
" "	-70				
" "	-71				
" "	-72				
" "	-73				
" "	-74				
" "	-75				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Transthorakale	-76				
Echokardiographien	-77				
" "	-78				
" "	-79				
" "	-80				
" "	-81				
" "	-82				
" "	-83				
" "	-84				
" "	-85				
" "	-86				
" "	-87				
" "	-88				
" "	-89				
" "	-90				
" "	-91				
" "	-92				
" "	-93				
" "	-94				
" "	-95				
" "	-96				
" "	-97				
" "	-98				
" "	-99				
" "	-100				

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Transthorakale	-101				
Echokardiographien	-102				
" "	-103				
" "	-104				
" "	-105				
" "	-106				
" "	-107				
" "	-108				
" "	-109				
" "	-110				
" "	-111				
" "	-112				
" "	-113				
" "	-114				
" "	-115				
" "	-116				
" "	-117				
" "	-118				
" "	-119				
" "	-120				
" "	-121				
" "	-122				
" "	-123				
" "	-124				
" "	-125				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Transthorakale	-126				
Echokardiographien	-127				
" "	-128				
" "	-129				
" "	-130				
" "	-131				
" "	-132				
" "	-133				
" "	-134				
" "	-135				
" "	-136				
" "	-137				
" "	-138				
" "	-139				
" "	-140				
" "	-141				
" "	-142				
" "	-143				
" "	-144				
" "	-145				
" "	-146				
" "	-147				
" "	-148				
" "	-149				
" "	-150				

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Transthorakale	-1				
Echokardiographien	-2				
mit differenzierter	-3				
Analyse der	-4				
systolischen und	-5				
diastolischen Funktion	-6				
mittels	-7				
Gewebedoppler	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				
" "	-20				
" "	-21				
" "	-22				
" "	-23				
" "	-24				
" "	-25				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Transthorakale	-26				
Echokardiographien	-27				
mit differenzierter	-28				
Analyse der	-29				
systolischen und	-30				
diastolischen Funktion	-31				
mittels	-32				
Gewebedoppler	-33				
" "	-34				
" "	-35				
" "	-36				
" "	-37				
" "	-38				
" "	-39				
" "	-40				
" "	-41				
" "	-42				
" "	-43				
" "	-44				
" "	-45				
" "	-46				
" "	-47				
" "	-48				
" "	-49				
" "	-50				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Transösophageale	-1				
Echokardiographien	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				
" "	-20				
" "	-21				
" "	-22				
" "	-23				
" "	-24				
" "	-25				

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Spiroergometrien	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Programmierungen	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				
" "	-20				
" "	-21				
" "	-22				
" "	-23				
" "	-24				
" "	-25				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Programmierungen	-26				
" "	-27				
" "	-28				
" "	-29				
" "	-30				
" "	-31				
" "	-32				
" "	-33				
" "	-34				
" "	-35				
" "	-36				
" "	-37				
" "	-38				
" "	-39				
" "	-40				
" "	-41				
" "	-42				
" "	-43				
" "	-44				
" "	-45				
" "	-46				
" "	-47				
" "	-48				
" "	-49				
" "	-50				

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Rechtsherzkatheter	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				
" "	-20				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Klinische Tätigkeit

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Kardio-MRT-Befundung	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				
" "	-20				

alternativ werden auch die Nachweise über die Teilnahme an den Akademiekursen der DGK "Kardiale MRT Diagnostik Aufbaukurs" und "MRT Refresher (50 cases in 1 day)" anerkannt

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Modul 2 - Device-Therapie (6 Monate)

Für das Modul Device-Therapie ist der Nachweis über 25 ICD- und 10 CRT-Implantationen als primärer bzw. mitwirkender Operateur erforderlich. Darüber hinaus müssen 50 ICD- und 50 CRT-Kontrollen durchgeführt werden.

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Operateur
ICD-Implantationen	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Modul 2 - Device-Therapie

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Operator
ICD-Implantationen	-20				
" "	-21				
" "	-22				
" "	-23				
" "	-24				
" "	-25				

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Operator
CRT-Implantationen	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Modul 2 - Device-Therapie

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Bemerkung
ICD-Kontrollen	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				
" "	-20				
" "	-21				
" "	-22				
" "	-23				
" "	-24				
" "	-25				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Modul 2 - Device-Therapie

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Bemerkung
ICD-Kontrollen	-26				
" "	-27				
" "	-28				
" "	-29				
" "	-30				
" "	-31				
" "	-32				
" "	-33				
" "	-34				
" "	-35				
" "	-36				
" "	-37				
" "	-38				
" "	-39				
" "	-40				
" "	-41				
" "	-42				
" "	-43				
" "	-44				
" "	-45				
" "	-46				
" "	-47				
" "	-48				
" "	-49				
" "	-50				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Modul 2 - Device-Therapie

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Bemerkung
CRT-Kontrollen	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				
" "	-20				
" "	-21				
" "	-22				
" "	-23				
" "	-24				
" "	-25				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Modul 2 - Device-Therapie

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Bemerkung
CRT-Kontrollen	-26				
" "	-27				
" "	-28				
" "	-29				
" "	-30				
" "	-31				
" "	-32				
" "	-33				
" "	-34				
" "	-35				
" "	-36				
" "	-37				
" "	-38				
" "	-39				
" "	-40				
" "	-41				
" "	-42				
" "	-43				
" "	-44				
" "	-45				
" "	-46				
" "	-47				
" "	-48				
" "	-49				
" "	-50				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Modul 3 - Interventionelle Herzinsuffizienztherapie (6 Monate)

Für das *Modul Interventionelle Herzinsuffizienztherapie* müssen mehr als 30 Eingriffe bei Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz durchgeführt werden.

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Operator
Interv. Herzinsuffizienz	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Modul 3 - Interventionelle Herzinsuffizienztherapie

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Operateur
Interv. Herzinsuffizienz	-20				
" "	-21				
" "	-22				
" "	-23				
" "	-24				
" "	-25				
" "	-26				
" "	-27				
" "	-28				
" "	-29				
" "	-30				
" "	-31				
" "	-32				
" "	-33				
" "	-34				
" "	-35				
" "	-36				
" "	-37				
" "	-38				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Modul 4 - Ambulante Versorgung / Rehabilitation / Psychokardiologie (6 Monate)

Für das Modul Ambulante Versorgung / Rehabilitation / Psychokardiologie ist die Betreuung von 50 Patienten in der ambulanten oder rehabilitativen Versorgung nachzuweisen. Die regelmäßige Teilnahme an Konferenzen mit Fallbesprechungen von Herzinsuffizienzpatienten sowie die Präsentation von 3 Fällen muss im Zeugnis des Leiters der Zusatzqualifikation bescheinigt werden.

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Klinische Indikation	Bemerkung
Ambulante Versorgung	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				
" "	-20				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Modul 4 - Ambulante Versorgung / Rehabilitation / Psychokardiologie

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Klinische Indikation	Bemerkung
Ambulante Versorgung	-21				
" "	-22				
" "	-23				
" "	-24				
" "	-25				
" "	-26				
" "	-27				
" "	-28				
" "	-29				
" "	-30				
" "	-31				
" "	-32				
" "	-33				
" "	-34				
" "	-35				
" "	-36				
" "	-37				
" "	-38				
" "	-39				
" "	-40				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

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

Modul 4 - Ambulante Versorgung / Rehabilitation / Psychokardiologie

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Klinische Indikation	Bemerkung
Ambulante Versorgung	-41				
" "	-42				
" "	-43				
" "	-44				
" "	-45				
" "	-46				
" "	-47				
" "	-48				
" "	-49				
" "	-50				

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass aus dem Zeugnis des Leiters der Zusatzqualifikation eindeutig hervorgehen muss, dass Sie regelmäßig an Konferenzen mit Fallbesprechungen von Herzinsuffizienzpatienten teilgenommen und mindestens 3 Fälle selber vorgestellt haben.