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

Logbuch Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmolgie (SR)
Invasive Elektrophysiologie

STAMMDATEN (Bitte füllen Sie die Stammdaten zu Beginn aus. Diese werden automatisch auf die Folgeseiten übernommen)

Kandidat (Titel, Vorname, Name): _____

Stätte der Zusatzqualifikation: _____

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

Ausfüllhinweise und Hinweise zum Datenschutz

Es sind ausschließlich Prozeduren zu dokumentieren, die vom Kandidaten (selbstständig, ggf. unter Supervision) 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 Gutachter behalten 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.

Mindestzahlen lt. Curriculum

insgesamt 200 Ablationen (als Erstuntersucher, ggf. unter Supervision), davon
- 25 Prozeduren zur Therapie von typischem Vorhofflattern
- 15 Prozeduren zur Therapie einer AVNRT
- 5 Prozeduren zur Therapie einer akzessorischen Leitungsbahn
- 10 Prozeduren zur Ablation atrialer Tachykardien (nicht abhängig vom rechtsatrialen Isthmus)
- 10 ventrikuläre Tachykarden
- 50 Eingriffe zur primären Ablation von Vorhofflimmern (nicht AV-Knoten Ablation) inklusive möglicher Re-Ablationen
- 30 Fälle müssen den Einsatz eines dreidimensionalem elektroanatomischen Mappingsystem (CARTO, NAVx/Ensite, Rhythmia, Affera oder vergleichbar) zur Durchführung der Ablation beinhalten
- 2 interventionelle linksatriale Vorhofohrverschlüsse (auch als Hospitation möglich)

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.

Wechsel der Stätte

Sollten Sie während der Qualifizierungszeit die Stätte wechseln, beginnen Sie bitte ein neues Logbuch. Alle Zahlen werden zusammen gerechnet.

DGK.
Deutsche Gesellschaft
für Kardiologie e. V.

Logbuch Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie
Invasive Elektrophysiologie

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ **Leiter der Zusatzqualifikation (Titel, Name):** _____

Prozedur-nummer	Datum der Untersuchung	Untersuchung	Art der Leistung*	Bemerkung
1		Ablation	typisches Vorhofflattern	
2		Ablation	typisches Vorhofflattern	
3		Ablation	typisches Vorhofflattern	
4		Ablation	typisches Vorhofflattern	
5		Ablation	typisches Vorhofflattern	
6		Ablation	typisches Vorhofflattern	
7		Ablation	typisches Vorhofflattern	
8		Ablation	typisches Vorhofflattern	
9		Ablation	typisches Vorhofflattern	
10		Ablation	typisches Vorhofflattern	
11		Ablation	typisches Vorhofflattern	
12		Ablation	typisches Vorhofflattern	
13		Ablation	typisches Vorhofflattern	
14		Ablation	typisches Vorhofflattern	
15		Ablation	typisches Vorhofflattern	
16		Ablation	typisches Vorhofflattern	
17		Ablation	typisches Vorhofflattern	
18		Ablation	typisches Vorhofflattern	
19		Ablation	typisches Vorhofflattern	
20		Ablation	typisches Vorhofflattern	
21		Ablation	typisches Vorhofflattern	
22		Ablation	typisches Vorhofflattern	
23		Ablation	typisches Vorhofflattern	
24		Ablation	typisches Vorhofflattern	
25		Ablation	typisches Vorhofflattern	

*alle eigenständig als Erstuntersucher, ggf. unter Supervision

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

DGK.
Deutsche Gesellschaft
für Kardiologie e.V.

Logbuch Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie
Invasive Elektrophysiologie

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ **Leiter der Zusatzqualifikation (Titel, Name):** _____

Prozedur-nummer	Datum der Untersuchung	Untersuchung	Art der Leistung*	Bemerkung
26		Ablation	AVNRT	
27		Ablation	AVNRT	
28		Ablation	AVNRT	
29		Ablation	AVNRT	
30		Ablation	AVNRT	
31		Ablation	AVNRT	
32		Ablation	AVNRT	
33		Ablation	AVNRT	
34		Ablation	AVNRT	
35		Ablation	AVNRT	
36		Ablation	AVNRT	
37		Ablation	AVNRT	
38		Ablation	AVNRT	
39		Ablation	AVNRT	
40		Ablation	AVNRT	
41		Ablation	akzessorische Leitungsbahn	
42		Ablation	akzessorische Leitungsbahn	
43		Ablation	akzessorische Leitungsbahn	
44		Ablation	akzessorische Leitungsbahn	
45		Ablation	akzessorische Leitungsbahn	
46		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
47		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
48		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
49		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
50		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	

*alle eigenständig als Erstuntersucher, ggf. unter Supervision

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

DGK.
Deutsche Gesellschaft
für Kardiologie e.V.

Logbuch Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie
Invasive Elektrophysiologie

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ **Leiter der Zusatzqualifikation (Titel, Name):** _____

Prozedur-nummer	Datum der Untersuchung	Untersuchung	Art der Leistung*	Bemerkung
51		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
52		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
53		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
54		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
55		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
56		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
57		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
58		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
59		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
60		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
61		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
62		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
63		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
64		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
65		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
66		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
67		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
68		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
69		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
70		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
71		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
72		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
73		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
74		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
75		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	

*alle eigenständig als Erstuntersucher, ggf. unter Supervision

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

DGK.
Deutsche Gesellschaft
für Kardiologie e.V.

Logbuch Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie
Invasive Elektrophysiologie

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ **Leiter der Zusatzqualifikation (Titel, Name):** _____

Prozedur-nummer	Datum der Untersuchung	Untersuchung	Art der Leistung*	Bemerkung
76		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
77		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
78		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
79		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
80		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
81		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
82		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
83		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
84		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
85		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
86		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
87		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
88		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
89		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
90		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
91		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
92		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
93		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
94		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
95		Ablation	primäre VH-Ablation (inkl. Re-Ablation)	
96		Ablation	nicht-RA-isthmusabhängige atriale Tachykardie	
97		Ablation	nicht-RA-isthmusabhängige atriale Tachykardie	
98		Ablation	nicht-RA-isthmusabhängige atriale Tachykardie	
99		Ablation	nicht-RA-isthmusabhängige atriale Tachykardie	
100		Ablation	nicht-RA-isthmusabhängige atriale Tachykardie	

*alle eigenständig als Erstuntersucher, ggf. unter Supervision

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

DGK.
Deutsche Gesellschaft
für Kardiologie e. V.

Logbuch Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie
Invasive Elektrophysiologie

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ **Leiter der Zusatzqualifikation (Titel, Name):** _____

Prozedur-nummer	Datum der Untersuchung	Untersuchung	Art der Leistung*	Bemerkung
101		Ablation	nicht-RA-isthmusabhängige atriale Tachykardie	
102		Ablation	nicht-RA-isthmusabhängige atriale Tachykardie	
103		Ablation	nicht-RA-isthmusabhängige atriale Tachykardie	
104		Ablation	nicht-RA-isthmusabhängige atriale Tachykardie	
105		Ablation	nicht-RA-isthmusabhängige atriale Tachykardie	
106		Ablation	ventrikuläre Extrasystolie/ventrikuläre Tachykardie	
107		Ablation	ventrikuläre Extrasystolie/ventrikuläre Tachykardie	
108		Ablation	ventrikuläre Extrasystolie/ventrikuläre Tachykardie	
109		Ablation	ventrikuläre Extrasystolie/ventrikuläre Tachykardie	
110		Ablation	ventrikuläre Extrasystolie/ventrikuläre Tachykardie	
111		Ablation	ventrikuläre Extrasystolie/ventrikuläre Tachykardie	
112		Ablation	ventrikuläre Extrasystolie/ventrikuläre Tachykardie	
113		Ablation	ventrikuläre Extrasystolie/ventrikuläre Tachykardie	
114		Ablation	ventrikuläre Extrasystolie/ventrikuläre Tachykardie	
115		Ablation	ventrikuläre Extrasystolie/ventrikuläre Tachykardie	
116		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
117		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
118		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
119		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
120		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
121		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
122		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
123		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
124		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
125		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	

*alle eigenständig als Erstuntersucher, ggf. unter Supervision

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

DGK.
Deutsche Gesellschaft
für Kardiologie e. V.

Logbuch Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie
Invasive Elektrophysiologie

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ **Leiter der Zusatzqualifikation (Titel, Name):** _____

Prozedur-nummer	Datum der Untersuchung	Untersuchung	Art der Leistung*	Bemerkung
126		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
127		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
128		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
129		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
130		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
131		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
132		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
133		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
134		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
135		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
136		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
137		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
138		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
139		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
140		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
141		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
142		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
143		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
144		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
145		Ablation	Ablationen inkl. elektroanatomischen Mappings	
146		Ablation	Interventioneller Vorhofohrverschluss	
147		Ablation	Interventioneller Vorhofohrverschluss	
148		Ablation		
149		Ablation		
150		Ablation		

*alle eigenständig als Erstuntersucher, ggf. unter Supervision

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

DGK.
Deutsche Gesellschaft
für Kardiologie e. V.

Logbuch Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie
Invasive Elektrophysiologie

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ **Leiter der Zusatzqualifikation (Titel, Name):** _____

Prozedur-nummer	Datum der Untersuchung	Untersuchung	Art der Leistung*	Bemerkung
151		Ablation		
152		Ablation		
153		Ablation		
154		Ablation		
155		Ablation		
156		Ablation		
157		Ablation		
158		Ablation		
159		Ablation		
160		Ablation		
161		Ablation		
162		Ablation		
163		Ablation		
164		Ablation		
165		Ablation		
166		Ablation		
167		Ablation		
168		Ablation		
169		Ablation		
170		Ablation		
171		Ablation		
172		Ablation		
173		Ablation		
174		Ablation		
175		Ablation		

*alle eigenständig als Erstuntersucher, ggf. unter Supervision

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

DGK.
Deutsche Gesellschaft
für Kardiologie e. V.

Logbuch Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie
Invasive Elektrophysiologie

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ **Leiter der Zusatzqualifikation (Titel, Name):** _____

Prozedur-nummer	Datum der Untersuchung	Untersuchung	Art der Leistung*	Bemerkung
176		Ablation		
177		Ablation		
178		Ablation		
179		Ablation		
180		Ablation		
181		Ablation		
182		Ablation		
183		Ablation		
184		Ablation		
185		Ablation		
186		Ablation		
187		Ablation		
188		Ablation		
189		Ablation		
190		Ablation		
191		Ablation		
192		Ablation		
193		Ablation		
194		Ablation		
195		Ablation		
196		Ablation		
197		Ablation		
198		Ablation		
199		Ablation		
200		Ablation		

*alle eigenständig als Erstuntersucher, ggf. unter Supervision

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation