

# Logbuch

zur Dokumentation der Weiterbildung gem. Weiterbildungsordnung (WBO)

über die Zusatz-Weiterbildung

## Tropenmedizin

ausgestellt von der Ärztekammer des Saarlandes zur WBO vom 07.10.2020

– Bearbeitungsstand: 30.11.2021 –

### Angaben zur Person

.....  
Name/Vorname (Rufname bitte unterstreichen)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Geb.-Datum

Geburtsort/ggf. -land

Akademische Grade: Dr. med.  sonstige

.....

ausländische Grade  welche

.....

### Weiterbildungsgang

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation / § 10 BÄO in zeitlicher Reihenfolge:

| Nr.   | von bis | Weiterbildungsstätte<br><small>Hochschulen, Krankenhausabt., Instituten etc.</small><br>(Ort, Name) | Weiterbilder | Gebiet/Schwerpunkt/<br>Zusatz-Weiterbildung | Zeit in<br>Monaten |
|---|---------|---|--------------|---|--------------------|
| 1   | von bis |   |              |   |                    |
| Bei Wechsel der Dienststelle verwenden Sie bitte ein neues Logbuch. |         |   |              |   |                    |

[Ggf. mit Beiblatt ergänzen. Unterbrechungen und Teilzeitgenehmigungen vermerken.]

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## Ausfüllhinweise:

Das Logbuch dient dazu, den Stand der eigenen Weiterbildung selbst zu ermitteln!

Am Anfang der Weiterbildung sollten Sie sich darüber informieren, welche Inhalte in der gewählten Weiterbildungskompetenz vermittelt werden. Diese finden Sie in der Weiterbildungsordnung und in den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung sowie in diesem Logbuch.

Mit Hilfe dieses Logbuches können Sie für sich dokumentieren, welche Kenntnisse und Fertigkeiten Sie bereits erworben haben bzw. Ihnen noch fehlen.

Bei einem Wechsel der Weiterbildungsstätte sollten Sie bereits im Bewerbungsgespräch klären, ob die Ihnen noch fehlenden Inhalte an dieser Weiterbildungsstätte vermittelt werden.

Wichtige Hinweise:

- Das Logbuch ist kontinuierlich während der gesamten Weiterbildungszeit zu führen.
- Alle Logbuchseiten sind mit Namen und Vornamen zu versehen, um eine eindeutige Identifizierung zu gewährleisten.
- Alle Unterschriften müssen identifizierbar und mit dem entsprechenden Klinik- oder Praxisstempel versehen sein.
- Sollte nicht genügend Platz für alle Angaben sein, können auch einzelne Logbuchseiten hinzugefügt werden.
- Im Logbuch ist jährlich die Anzahl der einzelnen absolvierten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einzutragen; bei den Angaben sind die realen Zahlen einzutragen. Geschätzte, gerundete oder ein „mehr als“ bzw. zusammenfassende Klammer über die Logbuchseiten mit nur einer Unterschrift sind nicht ausreichend.
- Nach Abschluss eines Weiterbildungsabschnittes – jedoch mindestens einmal jährlich – ist ein Gespräch zum Stand der Weiterbildung zwischen dem Weiterbildungsleiter und dem in Weiterbildung befindlichen Kollegen zu führen, in welchem der Stand der Weiterbildung von beiden beurteilt wird. Der Inhalt dieses Gespräches ist zu dokumentieren (siehe weiter hinten im Logbuch). Während dieses Gespräches sollten die im zurückliegenden Jahr absolvierten Inhalte besprochen und vom Weiterbildungsleiter unterschrieben werden (jede Spalte). Dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung sind die Nachweise über alle Gespräche zur Weiterbildung beizufügen (§ 8 WBO).
- Das Logbuch ist neben Zeugnis und Leistungskatalog dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung beizufügen.

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

## Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin Seite 3 von 8 Seiten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Weiterbildungsinhalte der Zusatz-Weiterbildung

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse   | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|---|--|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
| <b>Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin</b>   |  |  |                                |   |                                     |  |  |
| Gesundheitssysteme in ressourcenarmen Ländern sowie geomedizinische Zusammenhänge und deren Folgen  |  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
|   | Meldung von Infektions- und Tropenkrankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz sowie der Berufskrankheiten-Verordnung |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
| Soziokulturelle Besonderheiten und deren Berücksichtigung bei Anamnese, Befunderhebung und Therapie   |  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
| Ethnische und altersspezifische Besonderheiten  |  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
| <b>Epidemiologie</b>  |  |  |                                |   |                                     |  |  |
| Auftreten und Verbreitung von infektiösen und nicht-übertragbaren länderspezifischen Erkrankungen sowie umwelt-, fauna- und florabedingte Gefahren        |  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
| Epidemiologie der Übertragungswege tropenmedizinisch relevanter Erreger, deren zoonotische Reservoir sowie Übertragungsvektoren und Übertragungskompetenz |  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
| Epidemiologische Grundlagen bei tropenmedizinischen Fragestellungen   |  |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
|   | Identifizierung von Vektoren von Infektionskrankheiten   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

## Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin Seite 4 von 8 Seiten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse   | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br>sofern gefordert | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|---|---|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
| <b>Diagnostik</b>   |   |  |                                |   |                                     |  |  |
| Diagnostische Verfahren zum Nachweis von tropenmedizinisch relevanten Infektionserregern                    |   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
|   | Mikroskopische Untersuchungen, z. B. von Blut, Gewebe, Sputum, Stuhl, Urin, Haut- und Liquorproben einschließlich der wichtigsten Färbeverfahren tropenmedizinischer Erreger                        | /100   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | Durchführung von Schnelltest-Verfahren bei tropenmedizinischen Fragestellungen  | /30  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | Indikationsstellung, Präanalytik und Befundinterpretation von Laboruntersuchungen   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
| <b>Reisemedizin</b>   |   |  |                                |   |                                     |  |  |
| Besonderheiten der Höhen-, Tauch- und klimaspezifischen Medizin   |   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
|   | Länderspezifische Beratung vor Reisen, Entsendung und Auslandseinsätzen einschließlich Prophylaxemaßnahmen unter besonderer Berücksichtigung von Risikogruppen sowie Beurteilung der Reisefähigkeit |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
| Nationale und supranationale Impfvorschriften   |   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
| Indikationen und Kontraindikationen von Impfungen sowie Immun- und Chemoprophylaxe, z. B. Malariaprophylaxe |   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

## Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin Seite 5 von 8 Seiten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse   | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten  | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br><small>sofern gefordert</small> | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|---|---|---|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
|   | Impfung von Reisenden einschließlich Gelbfieberimpfungen  | /100  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | Erstellung von individuellen länderspezifischen Expositionen und Chemoprophylaxeplänen  | /100  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
| <b>Tropenmedizinische Erkrankungen</b>  |   |   |                                |   |                                     |  |  |
|   | Erkennung, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie von infektiösen und nicht-übertragbaren Erkrankungen in den Tropen einschließlich bakterieller, viraler, mykotischer und parasitärer Infektionen und Gifttierunfälle                                 |   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | Erkennung, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie von infektiösen und nicht-übertragbaren Erkrankungen bei Reiserückkehrern, Reisenden und Migranten einschließlich bakterieller, viraler, mykotischer und parasitärer Infektionen und Gifttierunfälle |   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
| Länderspezifische Erkrankungsmuster   |   |   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
| Vorgehen bei Verdacht auf Import lebensbedrohlicher und hochkontagiöser Erreger             |   |   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
| <b>Arbeitsmedizinische Aspekte</b>  |   |   |                                |   |                                     |  |  |
| Arbeits- und umweltmedizinische Aspekte im Ausland einschließlich Vorsorge und Tauglichkeit |   |   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  |                                     |  |  |
|   | Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsplätzen in den Tropen   |   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

## Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin Seite 6 von 8 Seiten

Logbuch von Vorname/Nachname \_\_\_\_\_ in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

| Kognitive und Methodenkompetenz<br>Kenntnisse | Handlungskompetenz<br>Erfahrungen und Fertigkeiten   | nachgewiesene<br>Zahlen/<br><b>Richtzahl</b><br><small>sofern gefordert</small> | benennen<br>und<br>beschreiben | systematisch<br>einordnen und<br>erklären | durchführen<br>(unter<br>Anleitung) | selbstverant-<br>wortlich<br>durchführen | Unterschrift der/des<br>Weiterbilderin/<br>Weiterbilders |
|---|--|---|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
|   | Durchführung von<br>Tropentauglichkeitsuntersuchungen und<br>Rückkehreruntersuchungen einschließlich<br>Beratung | /35   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | Durchführung der arbeitsmedizinischen<br>Vorsorge  |   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |
|   | Gutachtenerstellung  |   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des/der weiterbildungsbefugten Ärztin/Ärzte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

| <b>Dokumentation der jährlichen Gespräche gemäß § 8 WBO</b>   |  |  |
|---|--|--|
| Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____   |  |  |
| Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):   |  |  |
| Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden<br>----- |  |  |
| Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____   |  |  |
| Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):   |  |  |
| Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden<br>----- |  |  |
| Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____   |  |  |
| Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):   |  |  |
| Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden<br>----- |  |  |
| Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis) _____  |  |  |
| Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):   |  |  |
| Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden<br>----- |  |  |
| Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____   |  |  |
| Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):   |  |  |
| Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden<br>----- |  |  |
| Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): _____   |  |  |
| Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):   |  |  |
| Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden<br>----- |  |  |

# A N H A N G

## Auszug aus Abschnitt A – Paragraphenteil – der Weiterbildungsordnung

### § 2 a Begriffsbestimmungen

<sup>1</sup>Im Sinne dieser Weiterbildungsordnung werden folgende Begriffe definiert:

(1)

<sup>1</sup>**Kompetenz** umfasst die während einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung erworbenen und nachgewiesenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten auf der Grundlage der Weiterbildungsinhalte der Abschnitte B und C der Weiterbildungsordnung und stellt eine Teilmenge eines Gebietes dar. <sup>2</sup>Die jeweiligen Kompetenzen werden insbesondere im Rahmen der beruflichen Tätigkeit während der Weiterbildung erworben und durch eine Prüfung vor der Ärztekammer nachgewiesen.

(2)

<sup>1</sup>**Fallseminar** ist eine Weiterbildungsmaßnahme mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers, wobei unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten anhand von vorgestellten Fallbeispielen und deren Erörterung Kenntnisse und Fähigkeiten sowie das dazugehörige Grundlagenwissen erweitert und gefestigt werden.

(3)

<sup>1</sup>Der **stationäre Bereich** umfasst Einrichtungen, in denen Patienten aufgenommen und/oder Tag und Nacht durchgängig ärztlich betreut werden; hierzu gehören insbesondere Krankenhausabteilungen, Rehabilitationskliniken und Belegabteilungen.

(4)

<sup>1</sup>Zum **ambulanten Bereich** gehören insbesondere ärztliche Praxen, Institutsambulanzen, Tageskliniken, poliklinische Ambulanzen und Medizinische Versorgungszentren.

(5)

<sup>1</sup>Unter **Notfallaufnahme** wird die Funktionseinheit eines Akutkrankenhauses verstanden, in welcher Patienten zur Erkennung bedrohlicher Krankheitszustände einer Erstuntersuchung bzw. Erstbehandlung unterzogen werden, um Notwendigkeit und Art der weiteren medizinischen Versorgung festzustellen.

(6)

<sup>1</sup>Als **Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung** gelten: Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Humangenetik, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Phoniatrie und Pädaudiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Urologie.

(7)

<sup>1</sup>Das **elektronische Logbuch** für die Weiterbildung (Logbuch) dient der kontinuierlichen Dokumentation der absolvierten Weiterbildungsinhalte durch den Weiterzubildenden sowie der Bestätigung des erreichten Weiterbildungsstandes durch den zur Weiterbildung befugten Arzt. <sup>2</sup>Das jeweilige Logbuch enthält die in den Abschnitten B bzw. C geregelten Weiterbildungsinhalte sowie Richtzahlen. <sup>3</sup>Die Darstellung erfolgt nach Maßgabe der **Anlage**.

(8)

<sup>1</sup>In einem von der Ärztekammer **fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan** können die in der Weiterbildungsordnung umschriebenen Kompetenzen näher erläutert werden; dieser kann einen Rahmen für die didaktisch-strukturierte Vermittlung der Weiterbildungsinhalte geben.