

# Logbuch

zur Dokumentation der Weiterbildung gem. Weiterbildungsordnung (WBO)

über die Zusatz-Weiterbildung

## Betriebsmedizin

ausgestellt von der Ärztekammer des Saarlandes zur WBO vom 07.10.2020

– Bearbeitungsstand: 10.12.2025 –

### 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 <small>Hochschulen, Krankenhausabt., Instituten etc.</small> (Ort, Name)	Weiterbilder	Gebiet/Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	Zeit in 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

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

## Weiterbildungsinhalte der Zusatz-Weiterbildung

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
<b>Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin</b>							
Wesentliche Gesetze, Verordnungen, Regeln und Empfehlungen, insbesondere Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz, Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge und Präventionsgesetz			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Duales Arbeitsschutzsystem durch den Staat und die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Betriebliche Organisationsstrukturen und Ablaufprozesse			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Beratung von Arbeitgebern, Beschäftigten und deren Interessenvertretungen im Fall arbeitsbedingter Gefährdung der Gesundheit einschließlich psychischer Belastung und Beanspruchung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Berufskunde			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Konzepte der Arbeitsmedizin, z. B. Belastungs-Beanspruchungs-Konzept und Dosis-Wirkungs-Beziehungen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Grundlagen der Epidemiologie und Statistik			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Arbeitsphysiologie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Grundlagen der Sozialmedizin			<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

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

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
Grundlagen der Reise-, Tropen- und Flugmedizin			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Beratung über gesundheitsgerechtes Verhalten im Ausland einschließlich der Expositionsprophylaxe, gesundheitliche Einschränkungen sowie bei Reisen während der Schwangerschaft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Arbeitsmedizinische Diagnostik</b>							
Berufsbezogene Risiken			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Berufsanamnese mit Erhebung von berufsbezogenen Risiken und Symptomen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Untersuchungen zur Bewertung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit sowie der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit, insbesondere		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lungenfunktionsprüfung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ergometrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	apparative Techniken zur orientierenden Untersuchung des Hör- und Sehvermögens		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Indikationsstellung und Befundinterpretation radiologischer Untersuchungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Primärprävention</b>							
Verhältnisprävention und Verhaltensprävention einschließlich Arbeitsplatzgestaltung, Ergonomie, Arbeitshygiene und Unfallprävention			<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

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

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
	Betriebs- und Arbeitsplatzbegehung, Arbeitsplatzbeurteilung, Gefährdungsbeurteilung einschließlich psychischer Belastungen, Risikobeurteilung, z. B. für besondere Beschäftigungsgruppen wie Jugendliche, Schwangere, leistungsgewandelte Beschäftigte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Beratung zu Maßnahmen der Verhaltensprävention, Präventionsberatung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Beurteilung von Messergebnissen verschiedener Arbeitsumgebungs-faktoren, z. B. Lärm, Klima, Beleuchtung, Gefahrstoffe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Beratung zur Auswahl von persönlichen Schutzausrüstungen, z. B. beim Umgang mit Gefahrstoffen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grundzüge der Pandemieplanung im Betrieb			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Durchführung von Maßnahmen der Infektionsprophylaxe im Betrieb		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Organisation der Ersten Hilfe im Betrieb		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sekundärprävention</b>							
	Früherkennungsuntersuchungen bei Risikofaktoren und arbeitsbedingten Erkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vorsorgeuntersuchungen gemäß Verordnung arbeitsmedizinischer Vorsorge		<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

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

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
	Eignungsuntersuchungen und - beurteilungen nach entsprechenden Rechtsverordnungen einschließlich verkehrsmedizinischer Untersuchungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Tertiärprävention</b>							
	Beratung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement einschließlich individueller Einzelmaßnahmen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medizinische, arbeitsplatzbezogene, betriebliche und soziale Rehabilitation			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung bei Beschäftigten, z. B. mit chronischen Erkrankungen und bei leistungsgewandelten Beschäftigten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Arbeitsbedingte Erkrankungen einschließlich Berufskrankheiten</b>							
Berufskrankheiten gemäß SGB VII und Berufskrankheiten-Verordnung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infektionskrankheiten und Tropenkrankheiten			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Atemwegserkrankungen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hautkrankheiten			<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

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

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
	Meldung des Verdachts von Berufskrankheiten gemäß SGB VII		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeits(mit)bedingte Erkrankungen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Beteiligung am Feststellungsverfahren für Berufskrankheiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wechselwirkungen zwischen Arbeit und Volkskrankheiten			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Arbeitstoxikologie</b>							
Toxikologische Grundlagen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Grundlagen der Kanzerogenese			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Biomonitoring am Arbeitsplatz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ambient Monitoring			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Beurteilung chemischer Belastungen und Beanspruchungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Beratung beim Umgang mit Gefahrstoffen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Arbeit und psychische Gesundheit</b>							
Grundlagen psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder und Symptome			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Grundlagen der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie einschließlich betrieblichem Konflikt- und Stressmanagement			<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

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

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	Unterschrift der/des Weiterbilderin/ Weiterbilders
	Beurteilung psychischer Belastungen und Beanspruchungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Beratung und Begleitung im Rahmen betrieblicher Suchtprävention		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auswirkungen kultureller Faktoren und Einflüsse auf den Zusammenhang von Arbeit und psychischer Gesundheit			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Betriebliches Gesundheitsmanagement</b>							
Grundlagen der Förderung der Gesundheit der Bevölkerung in der Arbeitswelt			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Grundsätze der Salutogenese			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Grundsätze gesunder Führung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Instrumente der Gesundheitsförderung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Koordination von Präventionsdienstleistungen im Betrieb		<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



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

**Dokumentation der jährlichen Gespräche gemäß § 8 WBO**

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):

Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden

-----

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):

Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden

-----

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):

Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden

-----

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis) \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):

Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden

-----

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):

Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden

-----

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes (Datum von bis): \_\_\_\_\_

Gesprächsinhalt (bisheriger Verlauf der Weiterbildung, künftige Ziele):

Datum des Gesprächs: Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten: Unterschrift des/der Weiterzubildenden

-----

# 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)

**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. Die jeweiligen Kompetenzen werden insbesondere im Rahmen der beruflichen Tätigkeit während der Weiterbildung erworben und durch eine Prüfung vor der Ärztekammer nachgewiesen.

(2)

**Fallseminar** ist eine Weiterbildungsmaßnahme mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers, wobei anhand von vorgestellten Fallbeispielen und deren Erörterung Kenntnisse und Fähigkeiten sowie das dazugehörige Grundlagenwissen erweitert und gefestigt werden.

(3)

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)

**Stationäre Akutversorgung** zeichnet sich aus durch eine stationäre Behandlung von Patienten aus einem unausgelesenen Patientenkollektiv in Bezug auf Diagnosen und Altersstruktur, die wegen einer akuten, unvorhergesehenen Erkrankung in einem Krankenhaus mit einer Aufnahmebereitschaft von 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche aufgenommen werden.

(5)

Zum **ambulanten Bereich** gehören insbesondere ärztliche Praxen, Institutsambulanzen, Tageskliniken, poliklinische Ambulanzen und Medizinische Versorgungszentren.

(6)

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.

(7)

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.

(8)

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. Das jeweilige Logbuch enthält die in den Abschnitten B bzw. C geregelten Weiterbildungsinhalte sowie Richtzahlen. Die Darstellung erfolgt nach Maßgabe der **Anlage**.

(9)

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.