

PJ-Logbuch

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Lehrkrankenhaus

Beginn des Tertials

Ende des Tertials



1. Terial



2. Terial



3. Terial

Mentor

Bitte beachten Sie:

Am Ende der Tertials ist das Logbuch von Ihnen, dem betreuenden Arzt und dem PJ-Beauftragten des Lehrkrankenhauses zu unterschreiben:

Datum

Unterschrift Studierende/r

Datum

Unterschrift betreuende Ärztin / betreuender Arzt

Datum

Unterschrift PJ-Beauftragte/r des Lehrkrankenhauses

Stempel des Lehrkrankenhauses

Weiterbildungstermine

Regelmäßige Weiterbildungen im Rahmen von **PJ-Theoriefortbildungen*** und/oder **klinikerinterner Curricula** (ggf. Anlage):

Thema	Datum	Unterschrift Dozent

* Vermittlung prüfungsrelevanten Wissens über die wichtigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbilder und Themen; Vorbereitung im Selbststudium

[illegible]

Praktische Ausbildung

- Teilnahme an der Dokumentation von 5 durchgeführten, supervidierten und dokumentierten Aufnahme-/Erstuntersuchungen (Anamnese, somatische und psychische Befunderhebung, Dokumentation)

Datum	Pat.-Initialen	Diagnose (ICD-10)	Unterschrift *

* zuständige/r Stationsärztin/-arzt oder Oberärztin/-arzt

- Teilnahme an der supervidierten Betreuung von mindestens 2 Patienten während der stationären Behandlung inkl. Therapieplanung; Klärung der ambulanten Anschlussversorgung

Datum	Pat.-Initialen	Diagnose (ICD-10)	Unterschrift *

* zuständige/r Stationsärztin/-arzt oder Oberärztin/-arzt

- Teilnahme an der Vorstellung von 2 Patienten in der Visite/ Frühkonferenz/bei Teambesprechungen u.Ä.

Datum	Pat.-Initialen	Diagnose (ICD-10)	Unterschrift *

* zuständige/r Stationsärztin/-arzt oder Oberärztin/-arzt

- Teilnahme an der Dokumentation von mindestens 2 Arztbriefen zum Abschluss der Behandlung

Datum	Pat.-Initialen	Diagnose (ICD-10)	Unterschrift *

* zuständige/r Stationsärztin/-arzt oder Oberärztin/-arzt

- Teilnahme an 2 Bereitschaftsdiensten à 12 Std. (Ausgleich mit freiem Tag)

Datum	Unterschrift *

* zuständige/r Dienstarzt/-ärztin

- Teilnahme an 3 klinischen Konsilen

Datum	Unterschrift *

* zuständige/r Konsilarzt/-ärztin

- Teilnahme an der Dokumentation und vorbereitende Auswertung von 2 Untersuchungen mit einem standardisierten testpsychologischen Verfahren (z.B. HAWIK, K-ABC)

Datum	Pat.-Initialen	Testverfahren	Unterschrift *

* zuständige/r Supervisor/-in

Wichtige Telefonnummern

[illegible]

Regelmäßige Termine / Wochenplan

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

Regelmäßige Termine / Wochenplan

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

Ausbildungsorte

Muster

Anmerkungen /Notizen

Muster

Anmerkungen /Notizen

Muster