

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### 1. Gebiet Allgemeinmedizin

#### Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

(Hausarzt/Hausärztin)

<b>Gebietsdefinition</b>	<p>Das Gebiet Allgemeinmedizin beinhaltet die medizinische Akut-, Langzeit- und Notfallversorgung von Patienten jeden Alters mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen sowie die Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und die Versorgung in der Palliativsituation unter Berücksichtigung somatischer, psycho-sozialer, soziokultureller und ökologischer Aspekte. Das Gebiet hat zudem auch die besondere Funktion, als erste ärztliche Anlaufstelle bei allen Gesundheitsproblemen verfügbar zu sein sowie die sektorenübergreifende Versorgungskoordination und Integration mit anderen Arztgruppen und Fachberufen im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Es umfasst die haus- und familienärztliche Funktion unter Berücksichtigung eines ganzheitlichen Fallverständnisses und der Multimorbidität im unausgelesenen Patientenkollektiv, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld.</p>
<b>Weiterbildungszeit</b>	<p><b>60 Monate</b> Allgemeinmedizin unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• müssen 24 Monate in Allgemeinmedizin in der ambulanten hausärztlichen Versorgung unter Anleitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Facharztes für Allgemeinmedizin abgeleistet werden</li> <li>• müssen 12 Monate im Gebiet Innere Medizin in der stationären Akutversorgung abgeleistet werden</li> <li>• müssen 6 Monate in mindestens einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden</li> </ul> <p>- können zum strukturierten Kompetenzerwerb bis zu 18 Monate Weiterbildung in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung erfolgen</p> <p><b>80 Stunden Kurs-Weiterbildung</b> gemäß § 5 Abs. 10 in Psychosomatischer Grundversorgung</p>

#### Übergangsbestimmung:

§ 5 Abs. 6 findet keine Anwendung.

\_\_\_\_\_  
**Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten**

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
---	--	-----------	--	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	------------------

<b>A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B</b>								
<b>B. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin</b>								
<b>1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin</b>								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Mehrdimensionalität des allgemeinmedizinischen Handelns und der biopsychosozialen Langzeitbetreuung mit Anwendung des hermeneutischen Fallverständnisses unter Berücksichtigung des Krankheitsverständnisses des Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anwendung der allgemeinmedizinischen Arbeitsmethodik des abwartenden Offenhaltens und der Vermeidung abwendbar gefährlicher Verläufe					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Versorgung und Koordination von Patienten, insbesondere in ihrem familiären Umfeld, in der Langzeitpflege sowie in ihrem weiteren sozialen Umfeld einschließlich der Hausbesuchstätigkeit, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Hausbesuche	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interdisziplinäre Koordination, insbesondere bei multimorbiden Patienten einschließlich der Indikationsstellung zur häuslichen Krankenpflege, Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Hilfen in Behandlungs- und Betreuungskonzepte					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bewertung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Arbeitsfähigkeit, der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hereditäre Krankheitsbilder				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erkennung, Beurteilung und Behandlung der Auswirkungen von durch Umwelt und Milieu bedingten Schäden einschließlich Arbeitsplatzeinflüssen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erkennung von Suchtkrankheiten und Einleitung von weiterführenden Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung der ärztlichen Leichenschau					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
<b>2. Notfälle</b>								
	Lebensrettende Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung, welche durch Simulation ersetzt werden können	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Krankheiten und Beratungsanlässe</b>								
	Umgang mit den häufigsten Beratungsanlässen im unausgelesenen Patientenkollektiv einschließlich Langzeitversorgung und der hausärztlichen Behandlung von					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- nichtinfektiösen, infektiösen, toxischen und neoplastischen sowie von allergischen, immunologischen, metabolischen, ernährungsabhängigen und degenerativen Erkrankungen einschließlich diätetischer Behandlung sowie Beratung und Schulung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit Diabetes mellitus, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Patienten mit Insulintherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Behinderungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ <b>Richtzahl</b> sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	- Erkrankungen der Haut					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Wunden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Erkrankungen von Hals, Nasen und Ohren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Erkrankungen des Auges					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- psychischen und neurologischen Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit Depressionen und Angststörungen einschließlich der Krisenintervention					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen des Magen-Darmtrakts					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Erkrankungen des Herzkreislaufsystems einschließlich Lunge					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit Hypertonie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit COPD/Asthma					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
**Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten**

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	- Erkrankungen des Urogenitaltrakts einschließlich der Niere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Erkrankungen des Endokrins und Stoffwechsels					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Erkrankungen des Blutes und der Blutgerinnung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Blutgerinnungsmanagement					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- sexualmedizinische Beratungsanlässe					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Beratung zur Familienplanung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- akute und/oder chronische Schmerzzustände					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen einschließlich der Behandlung mit Opioiden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Funktionelle Störungen</b>								
	Erkennung und Behandlung psychosomatischer Krankheitsbilder, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- psychosomatische Interventionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Besondere Patientengruppen</b>								
	Behandlung und Koordination der Beratungsanlässe des Kindes- und Jugendalters					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
**Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten**

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	- Behandlung von akut erkrankten Kindern/Jugendlichen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erkennung und ggf. Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Patienten mit Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters, geriatrischer Krankheitsbilder und Funktionsstörungen unter Berücksichtigung von Aspekten der Multimorbidität einschließlich Erstellung und Durchführung eines Hilfeplans zum Erhalt der Selbständigkeit und Autonomie, auch unter Einbeziehung eines multiprofessionellen Teams, Anpassung des Wohnumfeldes sowie Angehörigen- und Sozialberatung, davon	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Behandlung von Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit in ihrer Häuslichkeit	25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten einschließlich Sterbebegleitung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onkologische Krankheitsbilder				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung bezüglich eines kurativen oder palliativen Therapieansatzes bei Tumorerkrankungen unter Einbeziehung des Patienten, seiner Angehörigen und mitbehandelnden Ärzte					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
<b>6. Prävention und Rehabilitation</b>								
	Gesundheitsberatung, Früherkennung und Vorsorge von Gesundheitsstörungen einschließlich Gewalt- und Suchtprävention, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- spezifische Impfberatung auf Grundlage der STIKO-Empfehlungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Durchführung von kardiovaskulären Risikobestimmungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Beratungen zur Krebsfrüherkennung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung zu sozialen und pflegerischen Hilfen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung, Verordnung und Einleitung rehabilitativer Maßnahmen einschließlich geriatrischer Frührehabilitation sowie der Nachsorge					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Diagnostische Verfahren</b>								
Relevante diagnostische Verfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung, Einschätzung der Dringlichkeit apparativer Diagnostik einschließlich der Befundinterpretation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Elektrokardiogramm					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergometrie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten



# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Langzeit-EKG					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Langzeitblutdruckmessung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spirometrie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ultraschalluntersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane im Rahmen der Erst- und Verlaufsdagnostik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse im Rahmen der Erst- und Verlaufsdagnostik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otoskopie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Richtungsweisende Hör- und Sehprüfung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Interpretation standardisierter Testverfahren einschließlich Fragebögen, insbesondere zur Depressionsdiagnostik und zu geriatrischen Fragestellungen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Therapeutische Verfahren</b>								
Chemo- und Strahlentherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Transfusions- und Blutersatztherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

# Logbuch

## Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
Komplementärmedizinische Verfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung, Verordnung und Überwachung der medikamentösen Therapie unter Beachtung der Neben- und Wechselwirkungen und besonderer Berücksichtigung der Aspekte Multimorbidität, Alter, Polypharmazie, Adhärenz und Evidenz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Verordnung von Psychotherapie einschließlich Verlaufsbeobachtung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infusionstherapie und parenterale Ernährung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wundversorgung und Wundbehandlung, Inzision, Exzision, Exstirpation und Probeexzision auch unter Anwendung der Lokal- und peripheren Leitungsanästhesie	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anlage von Orthesen und Schienen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
**Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten**