

# Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie

## FACHARZTTITEL KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Logbook Teil 1, dem Evaluationsprotokoll beizulegen

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

Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_

Kategorie: \_\_\_\_\_  
(gemäss FMH- Einteilung : Zentrum Spital, Regionalspital, Arztpraxis)

Basisweiterbildung  .... Jahr (1.,2. od 3.) Sekundärweiterbildung  .... Jahr (1., 2., 3., 4.)

Spital:

Praxis:

Schwerpunkt:

Zeitspanne: von : \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

### Bestätigung der Weiterbildungsaktivitäten:

<u>1) Zusammenfassung der klinischen Tätigkeit:</u>	Ja	Dauer in Monaten:
Pädiatrische Intensivmedizin	<input type="checkbox"/>	.....
Neonatologie	<input type="checkbox"/>	.....
Wöchnerinnenabteilung (gesunde Neugeborene)	<input type="checkbox"/>	.....
Pädiatrische Notfallstation	<input type="checkbox"/>	.....
Bettenstation (allgemeine Pädiatrie)	<input type="checkbox"/>	.....
Entwicklungs pädiatrie	<input type="checkbox"/>	.....
Kinderchirurgie	<input type="checkbox"/>	.....
Kinderorthopädie	<input type="checkbox"/>	.....
Praxisassistentz	<input type="checkbox"/>	.....

Schwerpunktgebiete + anderes :



.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2) Spezifische Weiterbildungskurse :**

Strukturierter Weiterbildungskurs in Neonatologie

Ort::

Datum:

Strukturierter Weiterbildungskurs in  
Entwicklungs pädiatrie

Ort:

Datum:

Strukturierter Weiterbildungskurs in  
Pädiatrischer Notfallmedizin

Ort:

Datum:

Andere Weiterbildungs- oder Fortbildungskurse:

.....

Ort:

Datum:

.....

Ort:

Datum:

**Der Facharztanwärter bestätigt die Richtigkeit der geleisteten Angaben**

Ort, Datum :

Unterschrift :

**Unterschrift des Leiters der Weiterbildungsstätte :**

Ort, Datum :

Unterschrift :