

PJ-Logbuch

# Dermatologie



*Lehrkrankenhaus*

*Beginn des Tertials*

*Ende des Tertials*

1. Terial

2. Terial

3. Terial

## Dokumentationsbereich

Bitte setzen Sie ein Häkchen für alle erfüllten Anforderungen. Bitte beachten Sie, dass in den Spalten nach den 3 Lernzielkategorien „Fertigkeit demonstriert bekommen“, „Fertigkeit unter Supervision durchgeführt“ und „Fertigkeit ist in Routine übergegangen“ unterschieden wird. Ggf. kann dieses Feld mit einem Kürzel gegengezeichnet werden.

*Viel Erfolg.*

	Demonstriert	Supervidiert	Routine
	D	S	R
<b>Allgemeine Fertigkeiten</b>			
Vollständiger Hautstatus inkl. angrenzender Schleimhäute (systematische Beschreibung i. S. von Primär- und Sekundäreffloreszenzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurteilung Hauttyp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermographismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundzüge der Auflichtmikroskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PASI-Score erheben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCORAD-Score erheben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokaltherapeutische Prinzipien, Galenik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiene- und Isolierungsmaßnahmen bei MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mykologie/Dermatomikrobiologie</b>			
Pilzmaterialentnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mykologisches Direktpräparat (Pityriasis versicolor, Tinea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlegen einer mykologischen Kultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bakteriologischer Abstrich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milbensuche und Nativ-Nachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Demonstriert	Supervidiert	Routine
D	S	R

### Phlebologie

Arterielle Verschlussdrücke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompressionsverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Phototherapie

UV-Therapie (UVB311 nm, UVA/UVB, UVA1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balneo-PUVA-/Creme-PUVA-Therapie/Systemische PUVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichttreppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Allergologie

Kenntnis der allergologischen Labordiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prick-/Intrakutantestung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epikutantestung, ROAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physikalische Testung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyposensibilisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenprovokationstestung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldung einer unerwünschten Arzneimittelwirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautarztbericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BK-Anzeige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Dermatochirurgie, Laser, Onkologie

Hygienische bzw. chirurgische Händedesinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Lokalanästhesie, Tumescenz-LA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kürettage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautbiopsien (Stanzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenz bei verschiedenen operativen Eingriffen (Nah-, Fernlappen-, Rotations-, Verschiebelappenplastiken, Vollhauttransplantation, Operationen am Nagelorgan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschiedene Nahttechniken (Einzelknopf-, Rückstich-, Intrakutan-, Subkutan-)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenz bei Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung von Redon-Drainagen, Drainageentfernung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung chronischer Wunden (Ulcus cruris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbandwechsel, Versorgung Wundinfekt, Entfernung Nahtmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VAC-Anlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lasertherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kryotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photodynamische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsweise bei Infusions-Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Demonstriert	Supervidiert	Routine
<b>Dermatohistopathologie</b>	<b>D</b>	<b>S</b>	<b>R</b>
Dermatohistopathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clark-Breslow-Bestimmung/Tumormarker-Färbung bei Melanom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunfluoreszenz-Diagnostik (DIF, IIF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Patientenbetreuung

Mentor/in-supervidierte Betreuung eigener Patient/innen (Anamnese, Stuserhebung, Dokumentation, Führung der Krankenakte inkl. Therapieentscheidung, Konsilanhilfen, Aufklärungsgespräch, Visitenvorstellung, Entlassungsbrief)



--	--

*Datum*

*Unterschrift Studierende/r*

--	--

*Datum*

*Unterschrift betreuende Ärztin / betreuender Arzt*

--	--

*Datum*

*Unterschrift PJ-Beauftragte/r des Lehrkrankenhauses*

--

*Stempel des Lehrkrankenhauses*

## Notizen

---