

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*





## Praktische Ausbildung

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

<b>Datum</b>	<b>Pat.-Initialen</b>	<b>Diagnose (ICD-10)</b>	<b>Unterschrift *</b>

\* 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

<b>Datum</b>	<b>Pat.-Initialen</b>	<b>Diagnose (ICD-10)</b>	<b>Unterschrift *</b>

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

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

<b>Datum</b>	<b>Pat.-Initialen</b>	<b>Diagnose (ICD-10)</b>	<b>Unterschrift *</b>

\* 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 \***

Datum	Pat.-Initialen	Testverfahren	Unterschrift *

\* *zuständige/r Supervisor/-in*





## Regelmäßige Termine / Wochenplan

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag







## Anmerkungen /Notizen

## Anmerkungen /Notizen