



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Stätte der Zusatzqualifikation:

Kandidat (Titel, Vorname, Name):

Leiter der Zusatzqualifikation (Titel, Vorname, Name):

ggf. stellv. Leiter der Zusatzqualifikation (Titel, Vorname, Name):

Mindestzahlen lt. Curriculum

Die Mindestzahlen variieren in Abhängigkeit von den beantragten Modulen. Unter den jeweiligen Überschriften finden Sie die Angaben zu den zu dokumentierenden Leistungen.

Sollten Sie über die geforderten Mindestzahlen hinaus weitere Leistungen erbracht haben, empfehlen wir Ihnen, sich diese im Zeugnis des Leiters der Zusatzqualifikation bescheinigen zu lassen.

Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Ausfüllhinweise und Hinweise zum Datenschutz

Es sind ausschließlich Prozeduren zu dokumentieren, die vom Kandidaten (selbstständig, unter Anleitung oder in Assistenz) durchgeführt wurden. **Diese sind in chronologischer Reihenfolge anzugeben.**

Die Dokumentation der durchgeführten Prozeduren ist in anonymisierter Form vorzunehmen, d. h., es dürfen daraus keine Rückschlüsse auf den jeweiligen Patienten gezogen werden können. Angaben in diesem Logbuch, die die Zuordnung zu einem bestimmten Patienten ermöglichen (z. B. Patienten-Initialen, Geburtsdaten, Archivnummern usw.) sind nicht zulässig.

Die Prüfungskommission behält sich vor, ggf. stichprobenartige Überprüfungen der Angaben vorzunehmen. Der Kandidat ist dafür verantwortlich, sicherzustellen, dass er die Kennzeichnung einer bestimmten Prozedur einem bestimmten Patienten zuordnen kann.

Für die Art der Leistung unter der Rubrik *Operateur* sind folgende Kürzel zu verwenden:

- (1) Assistenz
- (2) unter Anleitung
- (3) selbstständig



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter der Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Basisqualifikation (mindestens 12 Monate)

Im Rahmen der Basisqualifizierung muss in mindestens 80 Fällen die Diagnostik und Therapie einer chronischen Herzinsuffizienz sowie in 20 Fällen die Diagnostik und Therapie einer akuten Herzinsuffizienz durchgeführt werden. Als Mindestzahlen zum Nachweis vertiefter Bildgebungskenntnisse werden 10 Spiroergometrien, 50 Programmierungen von Schrittmachern und ICD-/CRT-Systemen sowie 20 Rechtsherzkatheter (ggf. inklusive Funktionsprüfung und ergometrischer Belastung) gefordert.

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
chron. Herzinsuffizienz	-1				
"	"	-2			
"	"	-3			
"	"	-4			
"	"	-5			
"	"	-6			
"	"	-7			
"	"	-8			
"	"	-9			
"	"	-10			
"	"	-11			
"	"	-12			
"	"	-13			
"	"	-14			
"	"	-15			
"	"	-16			
"	"	-17			
"	"	-18			



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Basisqualifikation

Prozedur-Nummer	Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
chron. Herzinsuffizienz	-19			
" "	-20			
" "	-21			
" "	-22			
" "	-23			
" "	-24			
" "	-25			
" "	-26			
" "	-27			
" "	-28			
" "	-29			
" "	-30			
" "	-31			
" "	-32			
" "	-33			
" "	-34			
" "	-35			
" "	-36			
" "	-37			
" "	-38			
" "	-39			
" "	-40			
" "	-41			
" "	-42			
" "	-43			



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Basisqualifikation

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
chron. Herzinsuffizienz	-44				
" "	-45				
" "	-46				
" "	-47				
" "	-48				
" "	-49				
" "	-50				
" "	-51				
" "	-52				
" "	-53				
" "	-54				
" "	-55				
" "	-56				
" "	-57				
" "	-58				
" "	-59				
" "	-60				
" "	-61				
" "	-62				
" "	-63				
" "	-64				
" "	-65				
" "	-66				
" "	-67				
" "	-68				

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Basisqualifikation

Prozedur-Nummer	Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
chron. Herzinsuffizienz	-69			
" "	-70			
" "	-71			
" "	-72			
" "	-73			
" "	-74			
" "	-75			
" "	-76			
" "	-77			
" "	-78			
" "	-79			
" "	-80			



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Basisqualifikation

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
akute Herzinsuffizienz	-1				
"	"	-2			
"	"	-3			
"	"	-4			
"	"	-5			
"	"	-6			
"	"	-7			
"	"	-8			
"	"	-9			
"	"	-10			
"	"	-11			
"	"	-12			
"	"	-13			
"	"	-14			
"	"	-15			
"	"	-16			
"	"	-17			
"	"	-18			
"	"	-19			
"	"	-20			



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Basisqualifikation

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Spiroergometrien	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Basisqualifikation

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Programmierungen	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				
" "	-20				
" "	-21				
" "	-22				
" "	-23				
" "	-24				
" "	-25				



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Basisqualifikation

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Programmierungen	-26				
" "	-27				
" "	-28				
" "	-29				
" "	-30				
" "	-31				
" "	-32				
" "	-33				
" "	-34				
" "	-35				
" "	-36				
" "	-37				
" "	-38				
" "	-39				
" "	-40				
" "	-41				
" "	-42				
" "	-43				
" "	-44				
" "	-45				
" "	-46				
" "	-47				
" "	-48				
" "	-49				
" "	-50				



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Basisqualifikation

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Durchgeführte Maßnahme	Bemerkung
Rechtsherzkatheter	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				
" "	-20				



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Modul 2 - Device-Therapie (6 Monate)

Für das Modul Device-Therapie ist der Nachweis über 25 ICD- und 10 CRT-Implantationen als primärer bzw. mitwirkender Operateur erforderlich. Darüber hinaus müssen 50 ICD- und 50 CRT-Kontrollen durchgeführt werden.

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Operateur
ICD-Implantationen	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Modul 2 - Device-Therapie

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Operateur
ICD-Implantationen	-20				
" "	-21				
" "	-22				
" "	-23				
" "	-24				
" "	-25				

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Operateur
CRT-Implantationen	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Modul 2 - Device-Therapie

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Bemerkung
ICD-Kontrollen	-1				
" "	-2				
" "	-3				
" "	-4				
" "	-5				
" "	-6				
" "	-7				
" "	-8				
" "	-9				
" "	-10				
" "	-11				
" "	-12				
" "	-13				
" "	-14				
" "	-15				
" "	-16				
" "	-17				
" "	-18				
" "	-19				
" "	-20				
" "	-21				
" "	-22				
" "	-23				
" "	-24				
" "	-25				



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Modul 2 - Device-Therapie

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Bemerkung
ICD-Kontrollen	-26				
" "	-27				
" "	-28				
" "	-29				
" "	-30				
" "	-31				
" "	-32				
" "	-33				
" "	-34				
" "	-35				
" "	-36				
" "	-37				
" "	-38				
" "	-39				
" "	-40				
" "	-41				
" "	-42				
" "	-43				
" "	-44				
" "	-45				
" "	-46				
" "	-47				
" "	-48				
" "	-49				
" "	-50				



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Modul 2 - Device-Therapie

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Bemerkung
CRT-Kontrollen	-1				
"	"	-2			
"	"	-3			
"	"	-4			
"	"	-5			
"	"	-6			
"	"	-7			
"	"	-8			
"	"	-9			
"	"	-10			
"	"	-11			
"	"	-12			
"	"	-13			
"	"	-14			
"	"	-15			
"	"	-16			
"	"	-17			
"	"	-18			
"	"	-19			
"	"	-20			
"	"	-21			
"	"	-22			
"	"	-23			
"	"	-24			
"	"	-25			



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Modul 2 - Device-Therapie

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Bemerkung
CRT-Kontrollen	-26				
" "	-27				
" "	-28				
" "	-29				
" "	-30				
" "	-31				
" "	-32				
" "	-33				
" "	-34				
" "	-35				
" "	-36				
" "	-37				
" "	-38				
" "	-39				
" "	-40				
" "	-41				
" "	-42				
" "	-43				
" "	-44				
" "	-45				
" "	-46				
" "	-47				
" "	-48				
" "	-49				
" "	-50				



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Modul 3 - Interventionelle Herzinsuffizienztherapie (6 Monate)

Für das *Modul Interventionelle Herzinsuffizienztherapie* müssen mehr als 30 Eingriffe bei Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz durchgeführt werden.

Prozedur-Nummer	Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Operateur
Interv. Herzinsuffizienz	-1			
" "	-2			
" "	-3			
" "	-4			
" "	-5			
" "	-6			
" "	-7			
" "	-8			
" "	-9			
" "	-10			
" "	-11			
" "	-12			
" "	-13			
" "	-14			
" "	-15			
" "	-16			
" "	-17			
" "	-18			
" "	-19			

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Modul 3 - Interventionelle Herzinsuffizienztherapie

Prozedur-Nummer		Prozedur-Datum	Art des Eingriffs	Klinische Indikation	Operateur
Interv. Herzinsuffizienz	-20				
" "	-21				
" "	-22				
" "	-23				
" "	-24				
" "	-25				
" "	-26				
" "	-27				
" "	-28				
" "	-29				
" "	-30				
" "	-31				
" "	-32				
" "	-33				
" "	-34				
" "	-35				
" "	-36				
" "	-37				
" "	-38				



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Modul 4 - Ambulante Versorgung / Rehabilitation / Psychokardiologie (6 Monate)

Für das Modul Ambulante Versorgung / Rehabilitation / Psychokardiologie ist die Betreuung von 50 Patienten in der ambulanten oder rehabilitativen Versorgung nachzuweisen.

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Klinische Indikation	Bemerkung
Ambulante Versorgung	-1				
"	"	-2			
"	"	-3			
"	"	-4			
"	"	-5			
"	"	-6			
"	"	-7			
"	"	-8			
"	"	-9			
"	"	-10			
"	"	-11			
"	"	-12			
"	"	-13			
"	"	-14			
"	"	-15			
"	"	-16			
"	"	-17			
"	"	-18			
"	"	-19			
"	"	-20			



Logbuch Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Modul 4 - Ambulante Versorgung / Rehabilitation / Psychokardiologie

Prozedur-Nummer	Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Klinische Indikation	Bemerkung
Ambulante Versorgung -21				
" " -22				
" " -23				
" " -24				
" " -25				
" " -26				
" " -27				
" " -28				
" " -29				
" " -30				
" " -31				
" " -32				
" " -33				
" " -34				
" " -35				
" " -36				
" " -37				
" " -38				
" " -39				
" " -40				



Logbuch *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Qualifizierungsstätte: _____

Kandidat (Titel, Name): _____ Leiter d. Zusatzqualifikation (Titel, Name): _____

Modul 4 - Ambulante Versorgung / Rehabilitation / Psychokardiologie

Prozedur-Nummer		Datum der Untersuchung	Art des Patientenkontakts	Klinische Indikation	Bemerkung
Ambulante Versorgung	-41				
" "	-42				
" "	-43				
" "	-44				
" "	-45				
" "	-46				
" "	-47				
" "	-48				
" "	-49				
" "	-50				