



**BESTÄTIGUNG ÜBER DIE ABLEISTUNG DES SOMMERPRAKTIKUMS
IM FACH INNERE MEDIZIN
3. JAHR (4 WOCHEN/120 STUNDEN)**

**DIESES DOKUMENT IST NUR IM ORIGINAL EINZUREICHEN.
FOTOKOPIEN ODER PER E-MAIL ÜBERMITTELTE DOKUMENTE WERDEN NICHT AKZEPTIERT.**

BITTE BEACHTEN SIE, DASS DIE PRAXIS NUR IN EINEM LEHRKRANKENHAUS
DURCHGEFÜHRT WERDEN KANN.

Hiermit wird bescheinigt, dass

NACHNAME (IN DRUCKBUCHSTABEN):

VORNAME (IN DRUCKBUCHSTABEN):

geboren am (TT/MM/JJJJ)/...../..... in Stadt/Land/.....

die folgenden Aufgaben im Rahmen seiner/ihrer praktischen Ausbildung in der Inneren Medizin in unserer
Einrichtung erfüllt hat:

Bitte beachten Sie, dass mindestens 35 der angegebenen Fertigkeiten für die Anerkennung des Praktikums
erfüllt sein müssen.

Bitte markieren Sie die erledigten Aufgaben mit einem X in der Spalte vor der Unterschrift des Supervisors.

Der/die Studierende hat alle Aufgaben außer Nr:
abgeleistet.

Spezifikation der Fähigkeiten	N	FZ	Unterschrift des Supervisors
1. Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung	B-T	10	
2. EKG-Aufzeichnung	B-T	5	
3. Untersuchung und Bewertung des Urins	B-T	1	
4. Auswertung des qualitativen Blutbilds, Interpretation der RBC-, WBC- und PLT-Werte	B-T	1	
5. Pflege von peripheren Venenverweilkanülen	B-T	3	
6. Pulsoxymetrie	B-T	1	
7. Einsetzen einer nasogastrischen Sonde (NG-Sonde)	B-T	1	
8. Abdomen-Sonographie	B	3	
9. Gastroduodenoskopie	B	1	



10. Koloskopie	B	1	
11. Die Bestimmung des Blutzuckerwerts aus Kapillarblut	S	5	
12. Ernährungsplanung für Diabetikern	T	3	
13. Orale antidiabetische Therapie	T	3	
14. Insulintherapie	T	3	
15. Verabreichung von Insulin	T	3	
16. Ernährungsplanung bei Gicht	T	1	
17. Ernährungsplanung bei Hyperlipidämie	T	1	
18. Messung des Blutdrucks	S	5	
19. Ernährungsplanung bei Nierenerkrankungen	T	3	
20. Probenentnahme für eine Urinkultur	B-T	1	
21. Probenentnahme für Stuhluntersuchung	B-T	1	
22. Rachenabstrich	B-T	1	
23. Probenentnahme für Sputumkultur	B-T	1	
24. Probenentnahme für Blutkulturen	B-T	1	
25. Präventionsmaßnahmen iatrogenen Infektionen	B-T	1	
26. Prophylaktische Antibiose	B	1	
27. Techniken der Sauerstoffverabreichung	B-T	3	
28. Orale Verabreichung von Medikamenten	B-T	5	
29. Sublinguale Verabreichung von Medikamenten	B-T	5	
30. Rektale Verabreichung von Medikamenten	B-T	5	
31. Intraokulare Verabreichung von Medikamenten	B-T	1	
32. Verabreichung von Arzneimitteln in die Ohren	B-T	1	
33. Inhalative Verabreichung von Medikamenten	B-T	1	
34. Vorbereitung zur parenteralen Verabreichung von Medikamenten	B-T	5	
35. Vorbereitung peripherer Venenkanülierung	B-T	5	
36. Kanülierung peripherer Venen	S	5	
37. Entnahme einer Blutprobe	S	5	
38. Vorbereitung für i. V. Infusionen	B-T	5	
39. Verabreichung von i. V. Infusionen (ohne Medikamente)	B-T	5	
40. Aszitespunktion	B-T	2	
41. Harnblasenkatheterisierung bei Männern	B-T	5	
42. Harnblasenkatheterisierung bei Frauen	B-T	5	
43. Teilnahme im Ärztlichen Dienst	B-T	3	
44. Transthorakale Echokardiographie (TTE)	B	3	
45. Transösophageale Echokardiographie (TEE)	B	1	
46. Belastungsuntersuchungen (EKG, Echo)	B	2	
47. Langzeit-EKG	B	1	
48. Langzeitblutdruckmessung	B	2	
49. Implantation eines Herzschrittmachers	B	1	



Prof. Dr. György Lázár

Dekan

50. Kontrolle eines Herzschrittmachers	B	1	
51. Kipptisch-Untersuchung	B	1	
52. Invasive elektrophysiologische Untersuchung	B	1	
53. Koronarographie	B	1	
54. Knochenmarkentnahme	B	1	
55. Transfusion	B	5	
56. Apherese (Plasma-, Zytapherese)	B	1	

In der Tabelle verwendete Abkürzungen:

N: Niveau der Aneignung

FZ: Erforderliche Fallzahl von Interventionen

Bewertung der Ebenen und Methoden des Erwerbs:

B: beobachtet **T:** teilgenommen **S:** selbst durchgeführt

BEACHTEN SIE, DASS DIE DAUER DES PRAKTIKUMS MINDESTENS 120 STUNDEN BETRAGEN MUSS.

Dauer des Praktikums: von (TT/MM/JJJJ)/...../..... bis (TT/MM/JJJJ)/...../.....

Anzahl der abgeleisteten Stunden:

Name der Lehrklinik/des Lehrkrankenhauses IN DRUCKBUCHSTABEN :

.....
.....

Postanschrift des Krankenhauses/der Klinik IN DRUCKBUCHSTABEN:

.....
.....

Abteilung IN DRUCKBUCHSTABEN :

.....



Prof. Dr. György Lázár

Dekan

Name der Universität/Hochschule, mit der das Krankenhaus affiliert ist:

.....

Name des Supervisors (IN DRUCKBUCHSTABEN):

.....

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse in DRUCKBUCHSTABEN:.....

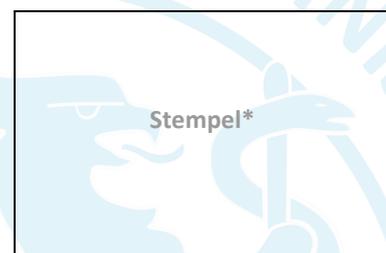
Bewertung der/des Studierenden:

.....

Ich bescheinige, dass ich für die Dauer der oben beschriebenen praktischen Ausbildung die Aufsicht über die/den Studierende/n hatte, dass die in diesem Formular enthaltenen Informationen eine wahrheitsgetreue und genaue Beschreibung der praktischen Ausbildung darstellen und dass die/der Studierende bei der Durchführung aller angegebenen Aufgaben Kompetenz und Fertigkeit gezeigt hat. Ich bescheinige außerdem, dass die praktische Ausbildung den Anforderungen der staatlich anerkannten medizinischen Ausbildung des Landes entspricht, in dem die praktische Ausbildung durchgeführt wurde.

Datum:

Unterschrift des Supervisors:



** Bitte beachten Sie, dass für den Fall, dass Sie Ihr Praktikum in einem Land absolvieren, in dem nicht das lateinische Alphabet verwendet wird (z. B. Korea, Japan, Israel, Iran, arabische Länder usw.) und dem Krankenhaus kein deutsch-/englischsprachiger Stempel zur Verfügung steht, eine separate Zulassungserklärung – verfasst auf dem offiziellen Briefkopf des Krankenhauses- eingereicht werden muss, in der bestätigt wird, dass Sie das Praktikum dort absolvieren werden.*