



EMPFANGSBESTÄTIGUNG – FAMILIENMEDIZIN

A Persönliche Angaben	
Name:	Vorname(n):
E-Mail:	Telefon:
Postanschrift:	EHA-Code: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .PTE

B Angaben des Praktikums (wird vom Zielinstitut ausgefüllt)	
Name des Familienmediziners:	
Adresse:	
Praktikumszeitraum:	
Praktikumsstunden:	Name der betreuenden Person:
Posten:	E-Mail:
Telefon:	Fax:
Praktikumsanforderungen – Familienmedizin: Empfohlene Wochen- und Stundenzahl des Praktikums: 2 Wochen und 60 Stunden Minimale Wochen- und Stundenzahl des Praktikums: mindestens 2 Wochen und mindestens 60 Stunden	
a. Kommunikation und medizinische Ethik: Aufklärung. Betreuung. Pflege. Hausbesuch. „Schwerer“ Patient. Anamneseerhebung. Team-Arbeit. Arzt – Patient-Angehörige Verhältnis. Suchtkranken. Schwierigkeiten in der Versorgung von alten Patienten. Entscheidungen am Ende des Lebens.	
b. Anamnese, Diagnostik, Laboruntersuchungen: Anamneseerhebung. Physikalische Untersuchung. Instrumentelle Untersuchung. Befunde, Differentialdiagnose.	
c. Heilende Behandlungsweise, Prävention: Intravenöse, intramuskuläre, subkutane Therapie. Eingabe von Infusion. Inchoative Therapie. Erste Hilfe. Notfallsituation. Entfernung von Zecke. Verschiedene Fiebermittel. Versorgung von Vergiftungen. Hausbesuch. Moderne Analgetika. Präoperative Untersuchungen. Diät. Beratung. Therapeutische Patientenschulung. Versorgung der Obdachlosen. Aufschreibung der Rezepte. Trauer. Prävention. Infektiöse Krankheiten. Schutzimpfungen.	
d. Prävention, Betreuung, Rehabilitation: Planung der Prävention Tätigkeit. Information und Behandlungsplan.	
e. Medizinische sachverständige Tätigkeit: Leichenschau. Führerschein.	
f. Administration, Dokumentation	
Die Praktikumsanforderungen sind mir bekannt, die ich hiermit akzeptiere.	
Unterschrift des Familienmediziners:	Datum / Stempel: