Facharzt für Tropenmedizin

**Zwischen- / Schlussevalution (Zutreffendes bitte unterstreichen)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Name, Vorname**

**Geburtsdatum**

**Datum Eidg. Diplom**

**Tropenkurs-Diplom**

(Ort, Datum)

**Beurteilungsperiode**

(von / bis)

**I Weiterbildungsstätte**

 Genaue Bezeichnung (Adresse / Projekt)

 Fachlicher Leiter der Weiterbildungsstätte

 Verantwortlicher Weiterbildner vor Ort

 Fachspezialität des Weiterbildners

 Tutor/-in

 Angestellt durch (Institution, Gesundheitsministerium)

**II Medizinische Aktivitäten**

 Kurativ (Chir./Med./Päd./Geb’hilfe etc.)

 (Anteile in % angeben!)

          %

          %

          %

          %

          %

          %

 Public Health    %

 Labor    %

 Wissenschaftliche Forschung    %

 Eigene Studien [ ]  ja [ ]  nein

**III Wochen-/Tagesablauf**

 (Bitte Schema im Anhang benützen!)

**IV Technische Möglichkeiten**

 Hämatologie [ ]  vorhanden [ ]  selbst ausgeführt [ ]  nicht selbst

 Röntgen [ ]  vorhanden [ ]  selbst ausgeführt [ ]  nicht selbst

 Ultraschall [ ]  vorhanden [ ]  selbst ausgeführt [ ]  nicht selbst

 EKG [ ]  vorhanden [ ]  selbst ausgeführt [ ]  nicht selbst

 Chemie [ ]  vorhanden [ ]  selbst ausgeführt [ ]  nicht selbst Serologie [ ]  vorhanden [ ]  selbst ausgeführt [ ]  nicht selbst

 Parasitologie [ ]  vorhanden [ ]  selbst ausgeführt [ ]  nicht selbst

 Bakteriologie [ ]  vorhanden [ ]  selbst ausgeführt [ ]  nicht selbst

 Histologie [ ]  vorhanden [ ]  selbst ausgeführt [ ]  nicht selbst

 Andere [ ]  ja [ ]  nein

 Wenn ja, welche?

       [ ]  vorhanden [ ]  selbst ausgeführt [ ]  nicht selbst

**V Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen**

 Regelmässiger Besuch? [ ]  ja [ ]  nein

 Wenn ja, wo, wann, was

 Eigene Beiträge? [ ]  ja [ ]  nein

 Wenn ja, wo, wann, was

 Andere [ ]  ja [ ]  nein

 Wenn ja, wo, wann, was

**VI Arbeitssprache**

 Mit Mitarbeitern und Kollegen

 Mit Patienten

**VII Dominierende Pathologie**

 Die 10 wichtigsten Gesundheitsprobleme der Region

 -

 -

 -

 -

 -

 -

 -

 -

 -

 -

 davon selbst regelmässig bearbeitet:

 -

 -

 -

 -

 -

 -

 -

 -

 -

 -

**VIII Würdigung des schriftlichen Aktivitäsberichtes durch den Tutor/die Tutorin**

**Bestätigung der Richtigkeit durch den Kandidaten**

Ort, Datum Unterschrift des Kandidaten

**Bestätigung der Richtigkeit durch den Kandidaten**

Ort, Datum Stempel und Unterschrift des Tutors

Bern, 13. November 1995/dr / c:\tm-faevd.wbp

**Ueblicher Wochen – Arbeitsplan** (Spital      )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Vormittag | Nachmittag | Abend | Bemerkungen |
| Montag |  |       |       |       |       |
| Dienstag |  |       |       |       |       |
| Mittwoch |  |       |       |       |       |
| Donnerstag |  |       |       |       |       |
| Freitag |  |       |       |       |       |
| Samstag |  |       |       |       |       |
| Sonntag |  |       |       |       |       |

Name des Kandidaten:

Beilage zur Evaluation der Weiterbildung Tropen- und Reisemedizin SIWF