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