

Name, Vorname der/s Weiterbildungsassistenten/in:

Geburtsdatum:

**Dokumentation der jährlichen Gespräche
gemäß § 8, Abs. 2 der Weiterbildungsordnung
der Landesärztekammer Brandenburg vom 26.10.2005**

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes:

Gesprächsinhalt:

Datum des Gesprächs:

Stempel/Unterschrift des Befugten:

Unterschrift des/r Assistenz-Arztes/Ärztin:

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes:

Gesprächsinhalt:

Datum des Gesprächs:

Stempel/Unterschrift des Befugten:

Unterschrift des/r Assistenz-Arztes/Ärztin:

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes:

Gesprächsinhalt:

Datum des Gesprächs:

Stempel/Unterschrift des Befugten:

Unterschrift des/r Assistenz-Arztes/Ärztin:

Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes:

Gesprächsinhalt:

Datum des Gesprächs:

Stempel/Unterschrift des Befugten:

Unterschrift des/r Assistenz-Arztes/Ärztin:
