

## Somatische Problemsituationen im B-Dienst - für Ärzte

**Zielgruppe:**

Verpflichtend für Ärzte des IAK-KMO, die lt. BV-000004 und BV-000006 B-Dienst leisten

Ärzte; Die Teilnahme ist einmal jährlich verpflichtend lt. Anordnung der Ärztlichen Direktion

**Inhalte:**

- Hypertensive(r) Dringlichkeit/Notfall
- Akuter Thoraxschmerz
- Herzrhythmusstörungen:
  - Tachykardes Vorhofflimmern
  - Supraventrikuläre Tachykardie
  - VES, ventrikuläre Tachykardie
  - Bradykardie
- EKG für Psychiater
- Dyspnoe:
  - Asthma bronchiale
  - COPD
  - Herzinsuffizienz
- Das dicke Bein: Phlebothrombose, Thrombophlebitis, Ödeme
- Bauchschmerzen, Durchfälle, Obstipation
- Hämatemesis
- Der Labornotfall:
  - Blutzuckerentgleisung
  - Leukozytose – Leukopenie
  - Anämie – Polyglobulie
  - Thrombozytose – Thrombozythämie
  - Hyponatriämie – Hypernatriämie
  - Hypokaliämie – Hyperkaliämie
  - Hohe Transaminasen
  - CK-Erhöhung
  - Kreatinin-Erhöhung
- Synkope, bewusstloser Patient
- Fieber
- Harnverhalt
- Der Notfallkoffer

**Ziele**

Vermittlung von Grundkenntnissen über häufig im KMO auftretende medizinische Notfallsituationen.

**Referent:**

Dr. med. Christian Mast

**Teilnehmer:**

20 Personen

**Veranstaltungsort:**

kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, 85540 Haar, kbo-IAK, Ringstr. 04 - E.24.1

**Seminargebühr:**

30 Euro  
2 Stunden

**Fortbildungspunkte:** 2 Punkte  ID Nr. 20090847

**Ansprechpartner:** Email: Personalentwicklung.iak-kmo@kbo.de

**Bildungsressort:** 10 Betriebliche Sicherheit  
10.019 Somatische Problemsituationen im B-Dienst - für Ärzte

**Anmeldung:** Alle Anderen nutzen bitte das Kontakt- und Anmeldeformular für externe Interessenten aus dem Internet des Kommunalunternehmens.

Kursnummer	von	bis	Beginn	Ende
BSI-20/3/445-KW49	02.12.2020	02.12.2020	16:00	17:30

Terminänderungen aus wichtigem Anlass behält sich der Veranstalter vor. Insbesondere ist der Veranstalter berechtigt, in begründeten Fällen die Veranstaltung von anderen, als den angegebenen Referenten durchführen zu lassen.

## I. Antragsteller/innen / Allgemeine Daten

Dieser Antrag gilt **nicht für externe** Fortbildungen.  
Bitte für externe Fortbildungen das FOI-000105 verwenden.

Name, Vorname:	_____		
Funktion/Tätigkeit:	_____		
Fachbereich/Abteilung/Station:	_____		
Name zuständige Bereichsleitung und unmittelbarer Vorgesetzte/r:	_____		
Telefonnummer für Rückfragen:	_____		
Fortbildungsthema:	<b>10.019 Somatische Problemsituationen im B-Dienst - für Ärzte</b>		
Datum / Fortbildung am	02.12.2020- 02.12.2020	Kursnummer:	<b>BSI-20/3/445-KW49</b>
Uhrzeit der Fortbildung (von bis):	16:00 - 17:30		
Fortbildungsgebühr:	30 €uro	Kostenstelle:	_____
<b>Wissensmanagement:</b> Ich verpflichte mich, dass ich das in der Fortbildungsveranstaltung erworbene Wissen in Absprache mit dem/der unmittelbaren Vorgesetzten an geeigneter Stelle weitergebe.			
Datum:	Name Antragsteller gez.:		

## II. Entscheidung unmittelbare/r Vorgesetzte/r

Die Fortbildung ist der beruflichen Entwicklung des/der Antragstellers/in förderlich und wird ausdrücklich befürwortet.	
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
(Bei <b>JA</b> weiter an Bereichsleitung, bei <b>NEIN</b> Begründung und zurück an Antragsteller/in)	
Begründung: (ggf. Rückseite verwenden):	
<b>Kosten:</b> Eine Belastung der o.g. Kostenstelle wird beantragt:	
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN (Antragsteller/in trägt die Kosten selbst)
Datum:	Name des/der unmittelbare/r Vorgesetzte/r:

## III. Genehmigung Bereichsleiter/in gemäß § 6 Abs. 1 RahmenBV-Nr.15 (MGUe-000380)

Genehmigt; unter Punkt I genannte <b>Kostenstelle</b> wird wie im Antrag <b>belastet</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
(Bei <b>JA</b> weiter an Abt.II Personalentwicklung/ Fort- und Weiterbildung, bei <b>NEIN</b> Begründung und zurück an Vorgesetzte/n)	
Die Fortbildung wird genehmigt	<input type="checkbox"/> als aufgabennahe Fortbildung <input type="checkbox"/> als aufgabenunterstützende Fortbildung <input type="checkbox"/> als aufgabenferne Fortbildung <input type="checkbox"/> für die Funktion als Betriebsbeauftragte/r oder Funktionsträger/in <input type="checkbox"/> als Pflichtfortbildung (Brandschutz, HLW, Hygiene, Deeskalation, ..)
Begründung: (ggf. Rückseite verwenden)	
Datum:	Name der Bereichsleitung: gez.

Hinweis: Nach Genehmigung (Punkt III.) durch die Bereichsleitung können Sie den Antrag entweder per Hauspost oder per Email an [personalentwicklung.iak-kmo@kbo.de](mailto:personalentwicklung.iak-kmo@kbo.de) weiterleiten.

