

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:

-----

-----