

KRANKENANSTALT:

.....

R A S T E R Z E U G N I S
für die ergänzende spezielle Ausbildung
im Rahmen eines Sonderfaches

Herr/Frau Dr.med.univ.,
geboren am, in,
Staatsbürgerschaft,
promoviert an der Universität in,
....., am,
hat sich gemäß den Bestimmungen der Ärzte-Ausbildungsordnung in der Zeit
vom bis
an der Abteilung für 1)
.....
im Rahmen des Sonderfaches 2)
einer ergänzenden speziellen Ausbildung in **Angiologie** als Facharzt unterzogen.

....., am
(Ort) (Ausstellungsdatum)

1. Der Ausbildungsverantwortliche:
2. Der Ausbildungsassistent:
3. Der ärztliche Leiter der
anerkannten Ausbildungsstätte:

Hochdruckstempel der
Krankenanstalt

1) Bezeichnung der Fachabteilung, Organisationseinheit, Universitätsklinik etc. einfügen.
2) Anführung des Sonderfaches, in dem die ergänzende spezielle Ausbildung zurückgelegt worden ist.

**Beschreibung
der ergänzenden speziellen Ausbildung
auf dem Teilgebiet eines Sonderfaches**

- I. Folgender Inhalt und Umfang der Ausbildung sind vom Ausbildungsverantwortlichen (Ausbildungsassistenten) vermittelt und durch geeignete Maßnahmen vom Ausbildungsverantwortlichen überprüft worden:

Angiologie Inhalt und Umfang der Ausbildung	Erfolg		Datum und Unterschrift des Ausbildungsverant- wortlichen
	mit	ohne	
1. Kenntnisse der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie von Gefäßkrankheiten, der Risikofaktoren und der Präventionsmöglichkeiten;			
2. klinische Untersuchung bei einer ausreichenden Anzahl von Gefäßpatienten, klinische Differentialdiagnostik und Differentialtherapie von Gefäßkrankheiten;			
3. Oszillographie, nicht invasive Messung des peripheren Arteriendruckes, bildgebende und hämodynamische Ultraschalluntersuchungen an Arterien und Venen, insbesondere direktonaler Doppler, Duplex-Sonographie und farbcodierte Duplexsonographie, Gehprobe auf dem Laufbandergometer, Plethysmographie, Kapillarmikroskopie, direkte dynamische Venendruckmessung, direkte arterielle Druckmessung, Farbstofftest bei Lymphödem, Viskosimetrie, transkutane O ₂ -Druckmessung, spezielle Mikrozirkulationsuntersuchungen;			
4. Kenntnisse über gefäßbezogene radiologische Methoden wie digitale und konventionelle Angiographien, Phlebographien, Lymphographien, Computertomographien, Kernspintomographien, gefäßbezogene nuklearmedizinische Methoden;			

Angiologie Inhalt und Umfang der Ausbildung	Erfolg		Datum und Unterschrift des Ausbildungsverant- wortlichen
	mit	ohne	
5. Antikoagulation, Thrombozyten- aggregationshemmung, vasoaktive Medikation, intraarterielle Infusionen, Thrombolysetherapie, konservative Behandlung und Lokaltherapie arteriell, venös und neurotrophisch bedingter Sub- stanzdefekte und Nekrosen sowie der chronischen Veneninsuffizienz, Kompressionstherapie und Bestrahlung, Sklerotherapie von Varizen, Therapie der Varikophlebitis, konservative Behandlung des primären, sekundären und lokalen Lymphödems;			
6. Kenntnisse der Indikation, Überwachung und Verlaufskontrolle folgender Behandlungen: physiotherapeutische Maßnahmen bei Gefäß- krankheiten, perkutane transluminale Kathethertherapien, rekonstruktive Gefäßchirurgie, Sympathektomie, Sympatikolyse, Amputationen sowie Phlebochirurgie des oberflächlichen und tiefen Systems.			

II. Folgende zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderliche begleitende theoretische Unterweisungen wurden absolviert:

III. Absolvierung von Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten:

Nachtdienste:	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN*
Wochenenddienste:	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN*
Feiertagsdienste:	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN*

IV. Verhinderungs- oder Unterbrechungszeiten gemäß § 22 Abs. 3 oder 4:

von bis Grund:

von bis Grund:

von bis Grund:

von bis Grund:

von bis Grund:

V. Fachspezifische Projekte oder wissenschaftliche Arbeiten:

*) Zutreffendes bitte ankreuzen.

VI. Allfällige Anmerkungen des Turnusarztes: