

An die
Ärzttekammer

RASTERZEUGNIS

für die Ausbildung
zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin
oder für ein Pflicht- oder Wahlnebenfach
in der Ausbildung
zur Fachärztin/zum Facharzt

„..... jeweiliges AUSBILDUNGSFACH.....“

Herr/Frau
geboren am
hat sich gemäß den Bestimmungen des Ärztegesetz 1998, i.d.g.F.,
von/bis

(Zutreffendes bitte ankreuzen:)

- an der Krankenanstalt/Abteilung für¹
- in der anerkannten Lehrpraxis von
- in dem anerkannten Lehrambulatorium
- in der anerkannten Lehrgruppenpraxis
- einer praktischen Ausbildung als Turnusärztin/Turnusarzt unterzogen.

.....
Ausbildungsassistent(in)
(Name und Unterschrift)

.....
Ausbildungsverantwortliche(r)²
(Name und Unterschrift)

.....
Ärztliche(r) Leiter(in) der Krankenanstalt/
des Lehrambulatoriums
(Name und Unterschrift)

.....
Stampiglie

....., am
Ort

Datum

¹ Bezeichnung der Fachabteilung, Organisationseinheit (Department für ...), Universitätsklinik, Universitätsinstitut, usw.

² Leiter(in) der Abteilung/des Instituts der Krankenanstalt, Klinik- bzw. Institutsvorstände, Lehrpraxisinhaber(in)

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

2.) **Begründung** für nicht positiv (ohne Erfolg) beurteilte Inhalte und allenfalls Hinweis wann mit einer positiven Ausbildung von Teilbereich gerechnet werden kann (§ 24 Abs 4 ÄAO)

--

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

3.) Begleitende, theoretische Unterweisungen

Folgende, begleitende theoretische Unterweisungen sind zur Erreichung des Ausbildungszieles absolviert worden:

4.) allfällige fachspezifische Projekte oder wissenschaftliche Arbeiten

5.) Allfällige Zusatzqualifikationen

6.) Evaluierungsgespräch (§ 23 ÄAO) am

Dient zur Vorlage bei der Ärztekammer

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

7.) Verhinderungszeiten

(bitte jeweils angeben "von" - "bis")

Urlaub:

von		bis	
-----	--	-----	--

Erkrankung:

von		bis	
-----	--	-----	--

Mutterschutz:

von		bis	
-----	--	-----	--

Andere Gründe:

	von		bis	
--	-----	--	-----	--

8.) Beschäftigungsausmaß Vollzeit Ja Nein ; wenn nein: Teilzeit Ausmaß

9.) Unterbrechungszeiten

Präsenzdienst/Zivildienst:

--	--	--	--

Karenzurlaub:

von		bis	
-----	--	-----	--

Anm.: Nach erfolgter Anerkennung der Ausbildungszeit verbleibt dieses Blatt in der Landesärztekammer

Dient zur Vorlage bei der Ärztekammer

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

10.) Absolvierung von Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Nachtdienste: Ja Nein

Wochenenden/Feiertage: Ja Nein

11.) externe Supervision mit Möglichkeit zur Selbstreflexion(Empfehlung 2 h / Monat)

Ja Nein

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

12.) Allfällige Anmerkungen der/des Ausbildungsverantwortlichen

Für die ordnungsgemäße Durchführung der Ausbildung (Punkte 1 - 11) zeichnet verantwortlich:

.....
Ausbildungsassistent(in)
(Name und Unterschrift)

.....
Ausbildungsverantwortliche(r)²
(Name und Unterschrift)

.....
Ärztliche(r) Leiter(in) der Krankenanstalt/
des Lehrambulatoriums
(Name und Unterschrift)

.....
Stampiglie

....., am

.....
Datum

¹ Bezeichnung der Fachabteilung, Organisationseinheit (Department für ...), Universitätsklinik, Universitätsinstitut, usw.

² Leiter(in) der Abteilung/des Instituts der Krankenanstalt, Klinik- bzw Institutsvorstände, Lehrpraxisinhaber(in)

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

13.) Allfällige Anmerkungen der/des in Ausbildung befindlichen Ärztin/Arztes

Anm.: Nach erfolgter Anerkennung der Ausbildungszeit verbleibt dieses Blatt in der Landesärztekammer

Dient zur Vorlage bei der Ärztekammer