

An die
Ärzttekammer

RASTERZEUGNIS
für die Ausbildung
zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin
in einem Wahlfach zum Ausbildungsfach Innere Medizin
oder für ein Pflicht- oder Wahlnebenfach in der Ausbildung
zur Fachärztin/zum Facharzt

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 im Fach

..... 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

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

1.) Beschreibung der Ausbildung

Folgender Inhalt und Umfang der Ausbildung sind von der/dem Ausbildungsverantwortlichen (Ausbildungsassistent(in)) vermittelt und durch geeignete Maßnahmen von der/dem Ausbildungsverantwortlichen überprüft worden:

Dient zur Vorlage bei der Ärztekammer

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

Dient zur Vorlage bei der Ärztekammer

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)

3.) Begleitende, theoretische Unterweisungen

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

4.) Allfällige fachspezifische Projekte oder wissenschaftliche Arbeiten

Dient zur Vorlage bei der Ärztekammer

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

5.) Allfällige Zusatzqualifikationen

6.) Evaluierungsgespräch (23 ÄAO) am

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:

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

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
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

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