

An die  
Ärzttekammer

## RASTERZEUGNIS

für die Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt im Hauptfach  
„ . . . . . 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 für<sup>1</sup> .....

.....

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)<sup>2</sup>  
(Name und Unterschrift)

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

.....  
Stampiglie

....., am .....  
Ort Datum

<sup>1</sup> Bezeichnung der Fachabteilung, Organisationseinheit (Department für ...), Universitätsklinik, Universitätsinstitut, usw.

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





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:

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)<sup>2</sup>  
(Name und Unterschrift)

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

.....  
Stampiglie

....., am .....  
Ort Datum

<sup>1</sup> Bezeichnung der Fachabteilung, Organisationseinheit (Department für ...), Universitätsklinik, Universitätsinstitut, usw.

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

Dient zur Vorlage bei der Ärztekammer

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