

An die  
Ärztekammer

## RASTERZEUGNIS für die Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt in einem Pflicht- oder Wahlnebenfach

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 im Fach .....

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

**1.) Beschreibung der Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt in einem Pflicht- oder Wahlnebenfach**

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**

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

**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)

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