

An die
Ärztekammer

RASTERZEUGNIS

FÜR DIE AUSBILDUNG
ZUR ÄRZTIN/ZUM ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
ODER FÜR EIN PFLICHT- ODER WAHLNEBENFACH
IN DER AUSBILDUNG ZUR FACHÄRZTIN/ZUM FACHARZT

“HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN”

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

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

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

“HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN“

1.) Ausbildungsinhalte

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

Inhalte die im Zuge der Ausbildung nicht oder nicht erfolgreich vermittelt bzw. überprüft wurden, sind durch Streichung des jeweiligen Punktes zu kennzeichnen.

A) Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, sofern nicht nur Kenntnisse, Erfahrungen und/oder Fertigkeiten vorgesehen sind:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Akutmedizin: Erkennen und Vorgehen bei akuten, lebensbedrohenden Situationen, Schnelldiagnostik, Sofortmaßnahmen, Erstversorgung, insbesondere bei Verbrennungen, Toxikodermien, allergischen Zuständen, Schockbehandlung;		
2. Basismedizin: Diagnostik, Therapie und Prognose der häufigen Erkrankungen, Erfahrung und Routine in der Diagnostik und Therapie dieser Erkrankungen mit den Mitteln der Allgemeinpraxis;		
3. Fachmedizin: fachspezifische Kenntnisse in Diagnostik und Therapie, Bewertung und Beurteilung von Indikation, Aussagekraft und Nutzen fachspezifischer Verfahren einschließlich Allergietestung und Phlebologie;		
4. Vorsorgemedizin: Erhebung der für Vorsorgemedizin-Programme wichtigen Befunde, Kenntnisse der Risikofaktoren und Risikogruppen, insbesondere Lärmschäden, mit Berücksichtigung dieser Befunde sowie Kenntnisse der fachspezifischen Verfahren und Institutionen zur Abklärung von Verdachtsfällen;		
5. Nachsorgemedizin: Kenntnisse über Institutionen und Hauptmethoden in der Rehabilitation sowie über Erfordernisse ambulanter Nachbehandlung;		
6. Sozialmedizin: Kenntnisse über Häufigkeit und Verteilung von Krankheits- und Beschwerdezuständen bei unausgelesenen Patientenfällen;		
7. Information und Kommunikation der Patienten über Vorbereitung, Indikation, Durchführung und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen;		
8. Kenntnisse der Geriatrie;		
9. Fachspezifische Schmerztherapie		
10. Fachspezifischen Qualitätssicherung und Dokumentation;		
11. Fertigkeiten in schriftlicher Zusammenfassung, Dokumentation und Bewertung von Krankheitsverläufen, sowie der sich daraus ergebenden Prognosen (Fähigkeit zur Erstellung von Attesten, Zeugnissen, etc.)		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

2.) **Begründung** für nicht positiv (ohne Erfolg) beurteilte Inhalte und allenfalls Hinweis, wann mit einer positiven Ausbildung von Teilbereichen 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 _____

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

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)

(Zutreffendes bitte ankreuzen:)

Ja Nein

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

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

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