

An die  
Ärztekammer

## RASTERZEUGNIS

FÜR DIE AUSBILDUNG ZUR FACHÄRZTIN/ZUM FACHARZT  
IM HAUPTFACH

### “KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE”

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 .....

<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. Klinikvorstände, Lehrpraxisinhaber(in)

---

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

“KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE”

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:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Bildgebende Verfahren		
2. Umweltbedingte Erkrankungen		
3. Heilpädagogik		
4. Phoniatrie, Logopädie, Audiologie		
5. Pränatale Pathologie		
6. Für die Ausübung des ärztlichen Berufes einschlägige Rechtsvorschriften, insbesondere betreffend das Sozial-, Fürsorge- und Gesundheitswesen einschließlich entsprechender Institutionenkunde <ul style="list-style-type: none"><li>• System des österreichischen Gesundheitswesen und des Sozialversicherungssystems</li><li>• Rechtliche Grundlagen der Dokumentation und der Arzthaftung</li><li>• Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen</li></ul>		
7. Grundlagen der multidisziplinären Koordination und Kooperation insbesondere Orientierung über soziale Einrichtungen, Institutionen und Möglichkeiten der Rehabilitation		
8. Fachspezifische Psychosomatik		
9. Palliativmedizin		
10. Kenntnisse in Gesundheitsberatung, Prävention, fachspezifische Vorsorgemedizin und gesundheitliche Aufklärung		
11. Fachspezifische Betreuung behinderter Kinder und Jugendlicher		

B) Fertigkeiten und Erfahrungen:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Kinder- und Jugendheilkunde mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik, Anatomie, Pathophysiologie, Physiologie, Pathologie, Pharmakologie und Toxikologie sowie Therapie, Prävention und Rehabilitation angeborener und erworbener Erkrankungen.		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
2. Pädiatrische <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardiologie</li> <li>• Pulmonologie</li> <li>• Hämatologie</li> <li>• Onkologie</li> <li>• Hämostaseologie</li> <li>• Immunologie</li> <li>• Gastroenterologie und Hepatologie</li> <li>• Endokrinologie und Diabetologie</li> <li>• Nephrologie und Urologie</li> <li>• Neurologie</li> <li>• Psychiatrie</li> <li>• Angeborene und erworbene Stoffwechselstörungen</li> <li>• Erkrankungen des Muskel-, Bindegewebs-, Gelenks- und Skelettsapparates</li> <li>• HNO-Erkrankungen</li> <li>• Hauterkrankungen</li> <li>• Sportmedizin</li> </ul>		
3. Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen, sowie deren Störungen einschließlich Entwicklungstestung		
4. Neonatologie, Perinatologie		
5. Adoleszentenmedizin		
6. Infektionskrankheiten		
7. Impfkunde		
8. Altersspezifische Ernährung und Diätetik		
9. Infusionstherapie, parenterale Ernährung, Blutkomponententherapie einschließlich Austauschtransfusion		
10. Notfallmedizin (einschließlich Reanimation und Schockbehandlung), Intensivmedizin		
11. Diagnostische Techniken einschließlich Lungenfunktionsdiagnostik, Allergiediagnostik und EKG		
12. Punktionen, wie Lumbal-, Knochenmark-, Pleura-, Aszitespunktion		
13. Laboratoriumsuntersuchungen		
14. Fachspezifische Sonographie		
15. Information und Kommunikation mit Patienten und deren Eltern über Vorbereitung, Indikation, Durchführung und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen (Patientengespräch bzw. Gespräche mit Angehörigen)		
16. Nachsorgemedizin		

---

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
17. Fachspezifische Qualitätssicherung und Dokumentation		
18. Fachspezifische Schmerztherapie		
19. Schriftliche Zusammenfassung, Dokumentation und Bewertung von Krankheitsverläufen, sowie der sich daraus ergebenden Prognosen (Fähigkeit zur Erstellung von Attesten, Zeugnissen, etc.)		

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)<sup>2</sup>

(Name und Unterschrift)

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

(Name und Unterschrift)

.....  
.....  
Stampiglie

....., am .....

<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. 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