

An die  
Ärztekammer

## RASTERZEUGNIS

FÜR DIE AUSBILDUNG ZUR FACHÄRZTIN/ZUM FACHARZT  
IM HAUPTFACH

“MEDIZINISCHE BIOPHYSIK”

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

## “MEDIZINISCHE BIOPHYSIK“

### 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. Biophysik und Physik mit besonderer Berücksichtigung von schädlichen und von für die Therapie zweckmäßigen Einflüssen auf den menschlichen Körper und von bildgebenden Verfahren  |            |              |
| 2. Biophysikalische Grundlagen des medizinischen Einsatzes optischer und akustischer Verfahren wie Laser, Ultraschall usw.   |            |              |
| 3. Physikalische und biophysikalische Grundlagen der Mechano-, Thermo-, Photo-, Hydro- und Balneotherapieverfahren   |            |              |
| 4. Physikalische Faktoren der Unfall-, Arbeits- und Vorsorgemedizin  |            |              |
| 5. 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> |            |              |
| 6. Grundlagen der multidisziplinären Koordination und Kooperation insbesondere Orientierung über soziale Einrichtungen, Institutionen und Möglichkeiten der Rehabilitation   |            |              |

| B) Fertigkeiten und Erfahrungen:   | mit Erfolg |              |
|--|------------|--------------|
|  | Datum      | Unterschrift |
| 1. Technologie und Apparatikunde   |            |              |
| 2. Strahlenbiologie und Strahlenschutz   |            |              |
| 3. Biometrische und statistische Verfahren   |            |              |
| 4. Biokybernetik, Informatik und Modellverfahren   |            |              |
| 5. Physikalische und biophysikalische Grundlagen der Elektrophysiologie                                  |            |              |
| 6. Physikalische Isolierungs- und Meßmethoden sowie Nachweisverfahren unter Verwendung von Radionukliden |            |              |
| 7. Fachspezifische Qualitätssicherung und Dokumentation  |            |              |

---

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)<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