

An die  
Ärztekammer

## RASTERZEUGNIS

FÜR DIE AUSBILDUNG ZUR FACHÄRZTIN/ZUM FACHARZT  
IM HAUPTFACH

### “NEUROCHIRURGIE”

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

“NEUROCHIRURGIE”

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. Physikalischer Therapie		
2. Sozial- und Arbeitsmedizin		
3. Fachspezifische Psychosomatik		
4. 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>		
5. Grundlagen der multidisziplinären Koordination und Kooperation insbesondere Orientierung über soziale Einrichtungen, Institutionen und Möglichkeiten der Rehabilitation		
6. Fachspezifische Betreuung behinderter Menschen		

B) Kenntnisse und Erfahrungen:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Neurochirurgie mit besonderer Berücksichtigung der Neuroanatomie, Neurohistologie, Neurophysiologie, Neuropathologie und Neuropharmakologie		
2. Diagnostik		
3. Klinischer Neurophysiologie		
4. Instrumenten- und Gerätekunde sowie Asepsis und Strahlenschutz		
5. Neuroradiochirurgie		
6. Endovaskuläre Neurochirurgie		
7. Gesundheitsberatung, Prävention, fachspezifische Vorsorgemedizin und gesundheitliche Aufklärung		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

C) Fertigkeiten:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Operationen (laut OP-Katalog)		
2. Akut- und Intensivmedizin		
3. Konservative Behandlung neurochirurgischer Erkrankungen		
4. Fachspezifische Onkologie (Neuroonkologie) in interdisziplinärer Zusammenarbeit		
5. Sonographie		
6. Information und Kommunikation mit Patienten über Vorbereitung, Indikation, Durchführung und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen (Patientengespräch bzw. Gespräche mit Angehörigen)		
7. Nachsorgemedizin		
8. Fachspezifische Qualitätssicherung und Dokumentation		
9. Fachspezifische Schmerztherapie		
10. Fachspezifische Palliativmedizin		
11. Schriftliche Zusammenfassung, Dokumentation und Bewertung von Krankheitsverläufen, sowie der sich daraus ergebenden Prognosen (Fähigkeit zur Erstellung von Attesten, Zeugnissen, etc.)		

D) OP-Katalog:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Diagnostische Eingriffe (20*)		
2. Eingriffe an Schädel und Gehirn		
2.1 Hirntumoren, nichttraumatische raumbeschränkende Erkrankungen aller Art, zerebrovaskuläre Erkrankungen (50*)		
2.2 Schädelhirntraumen (50*)		
2.3 Hydrozephalus und andere Missbildungen (20*)		
3. Schmerzchirurgische Eingriffe und periphere Nerven Chirurgie (20*)		
4. Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark		
4.1 Diskusoperationen (100*)		
4.2 Sonstige Eingriffe an der Wirbelsäule (20*)		

\*Richtzahl für durchzuführende Operationen, Eingriffe und/oder diagnostische/therapeutische Techniken

---

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