

An die
Ärztekammer

RASTERZEUGNIS

FÜR DIE AUSBILDUNG ZUR FACHÄRZTIN/ZUM FACHARZT
IM HAUPTFACH

“NEUROLOGIE”

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)

“NEUROLOGIE”

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. Kenntnisse theoretischer Grundlagen der Neurologie und benachbarter Fachgebiete		
1.1 Ätiologie und Pathogenese neurologischer Erkrankungen		
1.2 Mikrobiologisch Diagnostik		
1.3 Neurochemie		
1.4 Störungen des autonomen Nervensystems		
1.5 Neuroanatomie		
1.6 Physiologie und Pathophysiologie des Bewegungsapparates		
1.7 Neuroendokrinologie		
1.8 Neuroepidemiologie		
1.9 Neurogenetik		
1.10 Neurogeriatrie und Sozialmedizin		
1.11 Bildgebende Verfahren in der Neurologie		
1.12 Neurointensivmedizin		
1.13 Neuropathologie		
1.14 Neuroimmunologie		
1.15 Neurophysiologie		
1.16 Neuropharmakologie		
1.17 Neurotoxikologie		
1.18 Neurourologie		
1.19 Neurootologie		
1.20 Neuroophthalmologie		
1.21 Schlafmedizin inkl. Neurobiologie der Schlaf-/Wachregulation		
1.22 Skalen und Scores		
2. Umwelt- und Arbeitsmedizin		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
3. Für die Ausübung des ärztlichen Berufes einschlägige Rechtsvorschriften, insbesondere betreffend das Sozial-, Fürsorge- und Gesundheitswesen einschließlich entsprechender Institutionenkunde <ul style="list-style-type: none"> • System des österreichischen Gesundheitswesens und des Sozialversicherungssystems • Rechtliche Grundlagen der Dokumentation und der Arzthaftung • Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen 		
4. Grundlagen der multidisziplinären Koordination und Kooperation insbesondere Orientierung über soziale Einrichtungen, Institutionen und Möglichkeiten der Rehabilitation		
5. Fachspezifische Psychosomatik		
6. Kenntnisse in Gesundheitsberatung, Prävention, fachspezifische Vorsorgemedizin und gesundheitliche Aufklärung		
7. Fachspezifische Betreuung behinderter Menschen		

B) Fertigkeiten:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Neurologische Krankheitsbilder (d.h. sämtliche primären und sekundären Erkrankungen und Funktionsstörungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems sowie der Muskulatur wie insbesondere folgende: <ul style="list-style-type: none"> • Schlaganfall und andere vaskuläre Erkrankungen des zentralen, peripheren, autonomen Nervensystems • Epilepsien und andere paroxysmale Bewusstseinsstörungen • Multiple Sklerose und andere demyelinisierenden Erkrankungen des ZNS • Immunmedierte Erkrankungen des zentralen, peripheren und autonomen Nervensystems • Neurodegenerative Erkrankungen • Parkinsonerkrankung und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen • Dementielle Syndrome • Ataxien und andere Kleinhirnerkrankungen • Neuromuskuläre Erkrankungen incl. Hirnnervenerkrankungen • Schmerzsyndrome inkl. Kopf- und Gesichtsschmerzen und neuropathische Schmerzen • Vertebrogene, radikuläre und spinale Erkrankungen • Erregerbedingte Erkrankungen des zentralen, peripheren und autonomen Nervensystems 		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
<ul style="list-style-type: none"> • Bewusstseinsstörungen und Hirntod • Neurotraumatologie • Liquorzirkulations- und Hirndruckstörungen • Toxische Erkrankungen des zentralen, peripheren und autonomen Nervensystems • Genetisch bedingte neurologische Erkrankungen • Metabolisch, hormonell und nutritiv bedingte Erkrankungen • Neuroonkologie in interdisziplinärer Zusammenarbeit • Erkrankungen des autonomen Nervensystems • Schlafstörungen und Schlafassoziierte Erkrankungen • Schwindelsyndrome • Psychogene neurologische Störungen • Neurorehabilitation • Neurogeriatrie 		
<p>2. Klinisch neurologische Diagnostik bei ambulanten und stationären Patienten (Anamneseerhebung, Untersuchungsgang, Diagnosestellung und Differentialdiagnosen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinisch neurologische Untersuchungstechniken • Neurologisch topische Diagnostik • Anwendung von Skalen und Scores • Erstellung eines Untersuchungsplanes • Verfassen von neurologischen Befunden 		
<p>3. Neurologisch-diagnostische Untersuchungs- und Testmethoden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Punktionen • Liquoranalyse • Elektroencephalographie • Elektromyographie und Elektroneurographie • Evozierte Potentiale • Polygraphische Untersuchungen • Funktionsdiagnostik des autonomen Nervensystems • Fachspezifische Bewertung der von Radiologen und Nuklearmediziner erhobenen Befunde und Bilder bei bildgebenden Verfahren • Neurosonografie • Neuropsychologische Testverfahren • Hirntoddiagnostik • Klinische Validierung von Zusatzbefunden 		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
4. Therapie neurologischer Erkrankungen <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung akuter neurologischer Erkrankungen, neurologischer Notfälle und chronischer neurologischer Erkrankungen • Kausale und symptomatische Pharmakotherapie neurologischer Erkrankungen (s. Pkt. 2) deren Ursachen und Folgen, inkl. invasiver Applikationsformen • Nicht-pharmakologische Therapieformen neurologischer Erkrankungen (s. Pkt. 2) • Sozialmanagement • Langzeitmanagement 		
5. Information, Beratung und Kommunikation mit Patienten bezüglich Therapie, Verhalten und Vermeidungsstrategien bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen, über Vorbereitung, Indikation, Durchführung und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen (bzw. Gespräche mit Angehörigen)		
6. Nachsorgemedizin		
7. Fachspezifische Qualitätssicherung und Dokumentation		
8. Fachspezifische Schmerztherapie		
9. Fachspezifische Palliativmedizin		
10. Schriftliche Zusammenfassung, Dokumentation und Bewertung von Krankheitsverläufen, sowie der sich daraus ergebenden Prognosen (Fähigkeit zur Erstellung von Attesten, Zeugnissen, etc.)		

C) Erfahrungen:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Vertiefte Erkenntnisse (Erfahrungen) in einem oder mehreren der Unterpunkte der Kapitel 2-5 Tätigkeit in / als: <ul style="list-style-type: none"> • Notaufnahme • Konsiliartätigkeit • Stationsführung • Neurologische Intensivstation • Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) 		
2. Vertiefte Ausbildung: <ul style="list-style-type: none"> • Elektroenzephalographie • EMG/NLG • Evozierte Potentiale /TMS • Liquordiagnostik • Neurosonographie 		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
<ul style="list-style-type: none"> • Fachspezifische Bewertung der von Radiologen und Nuklear- mediziner erhobenen Befunde und Bilder bei bildgebenden Verfahren 		
<p>3. Tätigkeit in Spezialambulanzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epilepsieambulanz • Schmerzambulanz • Neuromuskuläre Ambulanz incl. Indikation und Befundung von Nerv/Muskelbiopsien • MS-Ambulanz • Neuroonkologie in interdisziplinärer Zusammenarbeit • Ambulanz für Morbus Parkinson u.a. Bewegungsstörungen • Gedächtnisambulanz • Intensivneurologie • Neuroimmunologie • Neurorehabilitation • Epilepsiemonitoring • Schlaflabor und Polysomnographie • Kognitive Neurologie und klinische Neuropsychologie • Hirndruckdiagnostik • Invasive und nicht-invasive Überwachungsmethoden 		

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