

An die
Ärztekammer

RASTERZEUGNIS

FÜR DIE AUSBILDUNG ZUR FACHÄRZTIN/ZUM FACHARZT
IM HAUPTFACH

“NEUROPATHOLOGIE”

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)

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

“NEUROPATHOLOGIE”

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. Neuroanatomie, Neurochemie, Neuroimmunologie, Neuropharmakologie, Neurophysiologie, und experimentellen Neuropathologie;		
2. Hygiene, Methoden der Sterilisation und Desinfektion sowie Erfordernisse und Bestimmungen betreffend Arbeiten mit infektiösen und toxischen Substanzen;		
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 Gesundheitswesen und des Sozialversicherungssystems• Rechtliche Grundlagen der Dokumentation und der Arzthaftung• Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen		
4. Grundlagen der multidisziplinären Koordination und Kooperation		

B) Kenntnisse und Erfahrungen:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Neuropathologie mit besonderer Berücksichtigung von Ursachen und Folgen von Krankheiten des Nervensystems und den damit verbundenen morphologischen und funktionellen Veränderungen		

C) Fertigkeiten und Erfahrungen:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Histologische Auswertung neurochirurgischen Operationsmaterials;		
2. Histologische Auswertung neuromuskulärer Biopsien;		
3. Histologische Auswertung von Biopsien des vegetativen Nervensystems;		
4. Zytologische Auswertung des Liquor cerebrospinalis;		
5. Zytologische Auswertung neurochirurgischen Operationsmaterials;		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
6. Histologische und zytologische Verlaufskontrollen benigner und maligner Erkrankungen des Nervensystems und der Skelettmuskulatur (neuropathologische Onkologie);		
7. Molekularbiologie, der Gewebe- und Zellkultur und mikroskopischer Untersuchungsmethoden, wie histochemische, fluoreszenzoptische, immunzytochemische und elektronenoptische Techniken;		
8. Obduktionen an neuropathologischem Untersuchungsmaterial einschließlich epikritischer Auswertung und Erstellung neuropathologisch-klinischer Korrelationen;		
9. Asservierung von Untersuchungsgut für ergänzende Untersuchungen		
10. Fachspezifische Qualitätssicherung, fotografische und statistische Dokumentation		

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