

An die  
Ärztelammer

## R A S T E R Z E U G N I S

FÜR DIE AUSBILDUNG  
IN EINEM ADDITIVFACH

“GEFÄßCHIRURGIE”

Herr/Frau .....

geboren am .....

hat sich gemäß den Bestimmungen des Ärztegesetz 1998, i.d.g.F.,

von/bis .....

an der Krankenanstalt/Abteilung für<sup>1</sup>

einer praktischen Ausbildung 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)

## "GEFÄßCHIRURGIE"

### 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 vermittelt bzw. überprüft wurden, sind durch Streichung des jeweiligen Punktes zu kennzeichnen.

| A) Kenntnisse:  | mit Erfolg |              |
|---|------------|--------------|
|   | Datum      | Unterschrift |
| 1. Physiologie und Pathologie des Herz-Kreislaufsystems, der Arterien, Venen und Lymphgefäße  |            |              |
| 2. Epidemiologie der Risikofaktoren und der Präventionsmöglichkeiten der häufigsten Gefäßkrankheiten, Definitionen in der Gefäßmedizin  |            |              |
| 3. Interpretation nichtinvasiver Untersuchungen (Oszillographie, Dopplerdruckmessung, Laufbandergometrie, Plethysmographie, transkutane Sauerstoffmessung)  |            |              |
| 4. Interpretation der farbcodierten Ultrasonographie bei Erkrankungen von Arterien und Venen  |            |              |
| 5. Beurteilung bildgebender Verfahren (z.B. Substraktionsangiographie, konventionelle Angiographie, Magnetresonanztomographie, Computertomographie, Phlebographie, Lymphographie, nuklearmedizinische Methoden) |            |              |
| 6. Indikationsstellung der konservativen, der kathetertechnischen und der chirurgischen Therapie bei den häufigsten vaskulären Erkrankungen   |            |              |
| 7. Intraoperative Kontrolluntersuchungen (z.B. Angiographie, Angioskopie, Flussmessung, neurologisches Monitoring)  |            |              |
| 8. Früherfassung und Behandlung postoperativer Komplikationen nach gefäßchirurgischen Eingriffen  |            |              |
| 9. Konservative Behandlung arterieller und venöser Erkrankungen einschließlich der Lymphologie  |            |              |
| 10. Physiologie und Pathologie der Blutgerinnung sowie der medikamentösen Beeinflussung der Blutgerinnung   |            |              |

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

| B) Erfahrungen und Fertigkeiten:<br>OP-Katalog  | mit Erfolg |              |
|---|------------|--------------|
|   | Datum      | Unterschrift |
| 1. Rekonstruktion an supraaortischen Ästen (15/15/10)*  |            |              |
| 2. Rekonstruktion an der Aorta und Aortoiliacal (15/15/15)*                                       |            |              |
| 3. Rekonstruktion femoro-popliteo-crural (davon 50% infragenual) (30/25/20)*                      |            |              |
| 4. Embolektomien (10/10/10)*  |            |              |
| 5. Endovaskuläre Kathetereingriffe (Rekanalisationen/Lyse) perkutan oder intraoperativ (15/15/0)* |            |              |
| 6. Venöse Rekonstruktionen (inklusive venöse Thrombektomien) (5/5/0)*                             |            |              |
| 7. Radikale Varizenoperationen (10/10/20)*  |            |              |
| 8. Access Surgery (inkl. Dialyse-Shunts) (10/10/10)*  |            |              |
| 9. Amputationen (10/10/10)*   |            |              |
| 10. Andere Eingriffe (z.B. septische Chirurgie) (10/10/10)*                                       |            |              |
| Gesamt: (130/120/110)*  |            |              |

\* Richtwert für Operationen, Eingriffe und/oder diagnostischen/therapeutischen Techniken

\*\* n/n/n = Eingriffe als Assistenzen/unter Anleitung eines Facharztes/ohne erfahrene Assistenz

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