

An die
Ärzttekammer

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 für¹

.....
einer praktischen Ausbildung 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)

“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, Kenntnisse von Definitionen in der Gefäßmedizin | | |
| 3. Anwendung und Interpretation nichtinvasiver Untersuchungen (Oszillographie, Dopplerdruckmessung, Laufbandergometrie, Plethysmographie, transkutane Sauerstoffmessung) | | |
| 4. Anwendung und Interpretation der farbcodierten Ultrasonographie bei Erkrankungen von Arterien und Venen | | |
| 5. Beurteilung bildgebender Verfahren (z.B. Substraktionsangiographie, konventionelle Angiographie, Magnetresonanztomographie, Computertomographie, Phlebographie, Lymphographie, nuklearmedizinischen 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: 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)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