

An die
Ärztékammer

RASTERZEUGNIS

FÜR DIE AUSBILDUNG
IN EINEM ADDITIVFACH

“INTENSIVMEDIZIN”

IM HAUPTFACH “CHIRURGIE”

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)

“INTENSIVMEDIZIN“

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. Grundlagen der Intensivmedizin beim Erwachsenen und Kind: Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie, Pharmakologie (Toxikologie), Biochemie, Biotechnik		
2. Spezielle labormedizinische Methodik und Befundbewertung, wie z.B. Blutgasanalytik, Elektrolyt-, Hämoglobin- und Hämatokritbestimmung, Osmometrie und Onkometrie etc.		
3. Einschlägige Diagnostik mit bildgebenden Verfahren und darauf basierende interventionelle Maßnahmen, Strahlenschutz		
4. Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Coma jedweder Ätiologie		
5. Pathophysiologie, Diagnostik und intensivmedizinische Behandlung bei kardialer Insuffizienz, Myocardinfarkt, kardiogenem Schock		
6. Kreislaufmonitoring und abgeleitete Kenngrößen: <input type="checkbox"/> Echokardiographie <input type="checkbox"/> Linksherzkatheter		
7. Eliminationsverfahren: <input type="checkbox"/> Hämofiltration/Hämodiafiltration <input type="checkbox"/> Hämodialyse/Hämoperfusion <input type="checkbox"/> Plasmapherese/Plasmaseparation <input type="checkbox"/> Peritonealdialyse <input type="checkbox"/> ECCO2-R / ECMO		
8. Physikalische, Pflege- und Rehabilitationsmaßnahmen		
9. Energie- und Substratstoffwechsel		
10. Medizinethik und Grenzen der Medizin		

B) Erfahrungen und Fertigkeiten:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Notfallmedizin, kardiopulmonale Reanimation, kardiovaskuläre und respiratorische Notfälle, Intoxikationen, einschließlich ganzheitlicher Beschäftigung und Betreuung auf einer Intensivstation		
2. Gerätetechnische Grundlagen einschließlich Wartung, Desinfektion und Sterilisation		
3. Infusions- und Elektrolyttherapie, künstliche enterale und parenterale Ernährung		
4. Transfusionsmedizin einschließlich blutsparender Maßnahmen		
5. Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen		
6. Hygiene, Antibiotikatherapie und einfache Methoden zur Infektionsdiagnostik		
7. Atemwegsmanagement		
8. Atem- und Beatmungstherapie		
9. Sedierung/Analgenisierung (inkl. Langzeitapplikation)		
10. (Multi-) Organversagen beim Erwachsenen: Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie der Organdysfunktion und des Organversagens (Herz, Lunge, Leber, Niere, Darm und endokrine Organe)		
11. Hirntoddiagnostik und Betreuung von Organ Spendern		
12. Pathophysiologie, Diagnostik und intensivmedizinische Behandlung des Schädel-Hirn-Traumas und von neurochirurgischen Erkrankungen		
13. Differenziertes Neuromonitoring (mind. 2 Methoden; bitte ankreuzen:) <input type="checkbox"/> Hirndruckmonitoring <input type="checkbox"/> transcranieller Doppler <input type="checkbox"/> SjO ₂ <input type="checkbox"/> EEG-abgeleitete Verfahren (z.B. CSA, SES) <input type="checkbox"/> AEP, SEP <input type="checkbox"/> cerebrale Perfusion/Metabolik		
14. Kreislaufmonitoring und abgeleitete Kenngrößen; Bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> Artielle Kanülierung und Monitoring <input type="checkbox"/> Zentralvenöse Zugänge <input type="checkbox"/> Pulmonalarterielle Kanülierung und Monitoring <input type="checkbox"/> SaO ₂ <input type="checkbox"/> SO ₂ <input type="checkbox"/> pHi <input type="checkbox"/> Regionale (organbezogene) Metabolik		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
15. Pathophysiologie, Diagnostik und intensivmedizinische Behandlung bei Peritonitis, Pankreatitis, Ileus und Sepsis und gastrointestinale Blutung		
16. Pathophysiologie, Diagnostik und intensivmedizinische Behandlung des Polytrauma		
17. Pathophysiologie, Diagnostik und intensivmedizinische Behandlung von Notfällen aus den Bereichen: Gynäkologie, Geburtshilfe, Maxillo-facialchirurgie, Urologie, plastische und wiederherstellende Chirurgie inkl. Verbrennung, Orthopädie und Ophthalmologie		
18. Pleurapunktion/-drainage		
19. Transport von Intensivpatienten		
20. Mechanische Atemhilfe > 72 h (300)*		
21. Multiorganversagen: ≥ Drei-Organversagen (50)*		
22. Intensivmedizinische Langzeitversorgung (> 2 Wo) (100)*		

* Richtwert der nachzuweisenden Verfahren/Eingriffe etc.

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