

An die
Ärztelammer

R A S T E R Z E U G N I S
FÜR DIE AUSBILDUNG
IN EINEM ADDITIVFACH
“SPORT TRAUMATOLOGIE”

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)

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

"SPORTTRAUMATOLOGIE"

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. Funktionelle Anatomie und Biomechanik des menschlichen Bewegungsapparates, einschließlich Kenntnisse über anthropologische Untersuchungsmethoden		
2. Biomechanik typischer sportbezogener Verletzungsmuster		
3. Medizinische Trainingslehre und Doping		
4. Rehabilitation und physikalisch-therapeutische Maßnahmen, Leistungsdiagnostik		

B) Erfahrungen und Fertigkeiten:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Klinische Diagnostik der akuten und chronischen Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates		
2. Apparative Untersuchungstechniken typischer Sportverletzungen mit Ausnahme der bildgebenden Diagnostik		
3. Operative und konservative Behandlung der häufigsten Verletzungen und Schäden nach Sportverletzungen		
4. Erste Hilfe und Akutdiagnostik nach Sportverletzungen, Betreuung von Sportlern beim Training und beim Wettkampf		
5. Prävention sportspezifischer Verletzungen und Schäden, funktions- und sicherheitsgerechte Gestaltung von Sportstätten, Rehabilitations- und Trainingseinrichtungen, Unfallprophylaxe, Betreuung von Sportlern auf Vereinsebene		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

C) OP-Katalog:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
Eine Richtzahl von 200 Operationen ist nachzuweisen, wobei in jeder Gruppe mindestens 80 % erfüllt werden sollten		
1. 10 Osteosynthesen an kleinen Knochen oder Gelenken		
2. 30 Osteosynthesen an großen Knochen oder Gelenken		
3. 40 operative Korrekturen bei sportbedingten Überlastungsschäden (Tenotomien und ähnliches)		
4. 40 rekonstruktive Maßnahmen und Bandrekonstruktionen bei chronischen Gelenkinstabilitäten		
5. 80 arthroskopische Operationen am Schultergelenk, am Kniegelenk, am Sprunggelenk (mindestens 10 Arthroskopien in einer Region)		

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