

An die
Ärztchammer



RASTERZEUGNIS

FÜR DIE AUSBILDUNG
IN EINEM ADDITIVFACH

“ANGIOLOGIE”

IM HAUPTFACH “INNERE MEDIZIN”

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)

“ANGIOLOGIE”

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. Physiologie und Pathophysiologie:		
1.1 Physiologische Grundlagen der Gefäßsysteme (Arterien, Venen, Lymphgefäße)		
1.2 Ätiologie, Pathogenese und Pathophysiologie von Krankheiten der Gefäßsysteme und Thrombosen		
2. Risikofaktoren und deren Modifikation sowie Möglichkeiten der Primär- und Sekundärprävention von Gefäßerkrankungen		
3. Diagnostische Maßnahmen:		
3.1 Relevante Differentialdiagnostik		
3.2 Indikation und Durchführung von Laboruntersuchungen, die zur Diagnostik und Therapie von Gefäßerkrankungen verwendet werden (Parameter der Blutgerinnung, der Rheologie, der Immunologie, der Stoffwechselfparameter sowie molekularbiologischer Methoden)		
3.3 Indikation, Durchführung, Interpretation und Komplikationsmöglichkeiten gefäßbezogener, radiologisch diagnostischer Methoden von Arterien, Venen und Lymphgefäßen (Untersuchungsmethoden unter Verwendung von Röntgenkontrastmitteln bzw. Magnetresonanztomographen)		
3.4 Indikation und fachspezifische Bewertung der von Nuklearmedizinern erstellten Befunde gefäßbezogener nuklearmedizinischer Methoden		
4. Therapie		
4.1 Indikation und Durchführung physiotherapeutischer Maßnahmen bei Gefäßerkrankungen (inkl. Lymphgefäße)		
4.2 Indikation, Durchführung und Komplikationsmöglichkeiten chirurgischer Therapieverfahren an den Gefäßsystemen (durch regelmäßige Zusammenarbeit mit Gefäßchirurgen bzw. interdisziplinäre Konferenzen)		

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
4.3 Indikation, Durchführung und Komplikationsmöglichkeiten endovaskulärer Rekanalisationsverfahrens		

B) Erfahrungen und Fertigkeiten:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Diagnostische Maßnahmen:		
1.1 Klinisch-physikalische Untersuchung von Patienten mit Gefäßerkrankungen (Arterien, Venen, Lymphgefäße)		
1.2 Indikationsstellung, Durchführung und Befundung folgender nicht invasiver diagnostischer Methoden:		
1.2.1 Oszillographie sowie Plethysmografie		
1.2.2 Nicht invasive Messung des peripheren Arteriendruckes		
1.2.3 Optoelektronische Verfahren (z.B. Lichtreflexionsrheographie bzw. digitale Photoplethysmographie)		
1.2.4 Bidirektionale Dopplerultraschalluntersuchung an peripheren Arterien und Venen		
1.2.5 (Farbcodierte) Duplexsonografie (Morphologie, Durchblutung) von Arterien und Venen (ausgenommen am Herzen)		
1.2.6 Laufbandergometrie		
1.2.7 Methoden zur Untersuchung der Mikrozirkulation (Kapillarmikroskopie, Messung des transkutanen Sauerstoffdruckes, Laser-Doppler-Flux-Messungen)		
1.3 Durchführung und Beurteilung der direkten Druckmessung im Arterien- und Venensystem		
2. Therapie:		
2.1 Durchführung sämtlicher nicht interventionell - radiologischer und nicht chirurgischer Therapieverfahren zur Behandlung von Gefäßkrankheiten		
2.1.1 Vasoaktive Pharmaka mit besonderer Berücksichtigung der intraarteriellen Applikation		
2.1.2 Antikoagulantientherapie bei arteriellen und venösen thromboembolischen Erkrankungen		
2.1.3 Thrombolysetherapie arterieller und venöser Thromboemblien		
2.1.4 Überwachung, unmittelbare und langfristige Nachsorge von endovaskulären Maßnahmen		
2.2 Medikamentöse Therapie: Primäre- und Sekundärprophylaxe von Gefäßerkrankungen		

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
2.2.1 Lokalthherapie arteriell, venös und neurotrophisch bedingter Substanzdefekte (z.B. Ulcera und Nekrosen sowie der chronischen Veneninsuffizienz)		
2.2.2 Durchführung der Kompressionstherapie und Bestrumpfung		
2.2.3 Durchführung der komplexen Entstauungstherapie von Lymphödemen		
2.2.4 Sklerotherapie und minimal invasive Excision von Varizen inklusive Perforantesdiscision		
2.2.5 Therapie der Varikophlebitis		
2.2.6 Durchführung spezieller retrograder Perfusionstherapien (z.B. Bier'sche Sperre)		
3. Behandlung therapiebezogener Nebenwirkungen und Komplikationen		
4. Interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation		
5. Information und Aufklärung der Patienten auf die bevorstehende Untersuchung bzw. Therapie		
6. 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