

An die  
Ärztekammer

## RASTERZEUGNIS

FÜR DIE AUSBILDUNG  
IN EINEM ADDITIVFACH

“ENDOKRINOLOGIE UND STOFFWECHSELERKRANKUNGEN”

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 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)

---

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

**“ENDOKRINOLOGIE UND STOFFWECHSELERKRANKUNGEN“**

**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. Pathophysiologie von Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Metabolischem Syndrom, Hyperlipidämie, angeborenen Stoffwechselerkrankungen, Knochenstoffwechselerkrankungen, Hyperurikämie und von endokrinen Erkrankungen		
2. Endokrinologisch relevante molekular- und zellbiologische Methoden und Befundinterpretation		
3. Grundlagen und Indikationsstellung zur chirurgischen Behandlung von endokrinen Erkrankungen		
4. Endokrinologie des Stoffwechsel von Wachstum und Entwicklung und deren Störungen		
5. Diagnostik und Therapie endokriner und metabolischer Störungen der weiblichen und männlichen Keimdrüsen		
6. Pharmakologische Hormonwirkung und Grundlagen der pharmakologischen Beeinflussung der inneren Sekretion		
7. Arzneimittelnebenwirkungen auf Stoffwechsel und endokrines System		

B) Erfahrungen und Fertigkeiten:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Diagnostik, Prävention, Therapie und Nachsorge von endokrinen und metabolischen Erkrankungen einschließlich Notfälle und Komata		
2. Diagnostik (exkl. Szintigraphie), Prävention, Therapie (exkl. Radionuklidtherapie) und Nachsorge von Schilddrüsenerkrankungen		
3. Diagnostik, Prävention, Therapie und Nachsorge von Nebenschilddrüsenerkrankungen sowie Kalzium- und Knochenstoffwechselerkrankungen einschließlich Osteoporose		
4. Diagnostik, Prävention, Therapie und Nachsorge von Erkrankungen der Hypophyse und Nebennieren		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
5. Diagnostik, Prävention, Therapie und Nachsorge von Erkrankungen des gastrointestinalen endokrinen Systems einschließlich Stoffwechselstörungen		
6. Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Polyendokrinopathien und endokrin aktiven Tumoren in Zusammenarbeit mit Fachärzten für Innere Medizin mit Additivfach Hämatologie und internistische Onkologie		
7. Klinische und apparative Untersuchung von Typ 1- und Typ 2-Diabetikern mit und ohne diabetischem Spätsyndrom		
8. Differenzialtherapie des Diabetes mellitus, Diabeteseinstellung mit Insulin unter Anwendung verschiedener Strategien der Insulintherapie		
9. Führung von Patienten mit Diabetes mellitus in speziellen Situationen, insbesondere Komata, Operationen, Schwangerschaft und Partus		
10. Diagnostik, Prävention und Differentialtherapie von Lipidstoffwechselstörungen und Störungen der Appetitregulation		
11. Berechnung der Zusammensetzung der Nahrung, der Lebensmittel sowohl qualitativ als auch quantitativ		
12. Durchführung der Ernährungstherapie und Prävention bei Adipositas, Störungen der Appetitregulation, Diabetes, Hyperlipidämien, Knochenstoffwechselstörungen, Hyperurikämien sowie bei anderen Stoffwechselerkrankungen und endokrinen Erkrankungen		
13. Durchführung und Interpretation von endokrinen und metabolischen Funktionstests		
14. Analytik von Hormonen und Mediatorssubstanzen		
15. Ultraschalluntersuchung endokriner Organe, Knochendichtemessung, Durchführung von Biopsien endokriner Organe		
16. Indikationsstellung und fachspezifische Interpretation spezieller radiologischer und nuklearmedizinischer Methoden, einschließlich Therapie, bei endokrinen- und Stoffwechselerkrankungen		
17. Diagnostik, Prävention, Therapie und Nachsorge von metabolischen und endokrinen Störungen bei arterieller Hypertonie		
18. Diagnostik, Therapie und Nachsorge hereditärer Stoffwechselstörungen und endokriner Erkrankungen im Erwachsenenalter		
19. Diagnostik, Prävention, Therapie und Nachsorge von metabolischen und endokrinen Regulationsstörungen bei primär nicht endokrinen Erkrankungen wie z.B. bei Intensivpatienten, Störungen der Leber- und Nierenfunktion, Folgen der Tumorthherapie, paraneoplastischen Erkrankungen, neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen sowie bei Transsexuellen		

---

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
20. Pharmakologische und adjuvante Therapie mit Hormonen, Hormonderivaten und Mediatorsubstanzen		
21. Begutachtung endokrinologischer und metabolischer Fragestellungen		

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