

An die
Ärzttekammer

RASTERZEUGNIS

FÜR DIE AUSBILDUNG
IN EINEM ADDITIVFACH

“HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE”

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)

“HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE“

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. Epidemiologie, Prävention, Klinik, Diagnostik und Prognose hämatologischer und onkologischer Erkrankungen		
2. Pathophysiologie hämatologischer, onkologischer und hämostaseologischer Erkrankungen inklusive Molekularbiologie, Immunologie und Genetik		
3. Transfusionsmedizin, Serologie und Transplantationsimmunologie		
4. Fachspezifische radiologische und nuklearmedizinische Diagnostik inklusive interventionelle Techniken		
5. Internistische Therapie bei hämatologischen, onkologischen und hämostasiologischen Erkrankungen und Detailkenntnisse in der praktischen Durchführung		
6. Wirkungsweise und Nebenwirkungen therapeutischer Substanzen wie Zytostatika, Hormonpräparate, immunologischer Behandlungsverfahren Immunmodulatoren, Zytokinen und Wachstumsfaktoren sowie gentherapeutischer und molekularer Verfahren		
7. Sicherheitsmaßnahmen, Prävention und Behandlung von Nebenwirkungen und Komplikationen systemischer und lokaler Therapieverfahren bei onkologischen, hämatologischen und hämostasiologischen Erkrankungen		
8. Mikrobiologische, virologische und molekularbiologische Diagnostik von Infektionen		
9. Indikationsstellung zu chirurgischen und strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Behandlungsmethoden		
10. Monitoring von Therapieeffekten (molekulare und andere Tumormarker		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

B) Erfahrungen und Fertigkeiten:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Prävention und Frühdiagnose von hämatologischen, onkologischen und hämostasiologischen Erkrankungen		
1.2 Beratung zur Verhütung und Frühdiagnose, inklusive Beratung bei genetischen Abnormalitäten		
2. Diagnostik hämatologischer, onkologischer und hämostasiologischer Erkrankungen		
2.1 Molekularbiologische, immunologische und genetische Verfahren		
2.2 Knochenmarkspunktionen (Knochenmarksaspiration) und Beckenkammbiopsien (je 50)		
2.3 Lumbalpunktionen (10)		
2.4 Pleura- und Ascitespunktionen (30)		
2.5 Morphologische Beurteilung pathologischer Knochenmarksausstriche (200)		
2.6 Morphologische Beurteilung pathologischer Blutausstriche (300)		
2.7 Beurteilung flow-cytometrischer und immunhistochemischer Untersuchungen (50)		
2.8 Beurteilung cytochemischer Färbungen (50)		
2.9 Diagnostik von Gerinnungsstörungen (50)		
2.10 Beurteilung immunhämatologischer Methoden		
3. Therapie hämatologischer, onkologischer und hämostasiologischer Erkrankungen		
3.1 Leitung und Durchführung von hämatoonkologischen Therapien (Indikationsstellung, Therapiewahl, Dosismodifikation, Vermeidung und Behandlung von Komplikationen), Koordination multimodaler Therapieverfahren und interdisziplinärer Patientenversorgung		
3.2 Chemotherapie mit geringer hämatologischer Toxizität (150 Patienten mind.)		
3.3 Chemotherapie mit mittlerer hämatologischer Toxizität (Aplasiedauer unter 7 Tage) (50)		
3.4 Chemotherapie mit schwerer Aplasie ohne Stammzellersatz (Aplasie über 7 Tage) (30)		
3.5 Behandlung von Komplikationen maligner Erkrankungen und von Nebenwirkungen der Tumortherapie		
3.6 Erfahrung mit der Anwendung neuer etablierter Therapieverfahren inklusive „targeted“ Therapie, Immuntherapie, Hormontherapie, Therapie mit „small drugs“		
3.7 Schmerztherapie, Supportivtherapie und Palliativmedizinische Maßnahmen		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
3.8 Behandlung von Gerinnungsstörungen (Hämophilie, Antikoagulantienüberdosierung, Verbrauchskoagulopathie, ...) (20)		
3.9 Behandlung nicht-maligner hämatologischer Erkrankungen (50)		
3.10 Transfusionsmedizin, einschließlich Herstellung, Aufbereitung und Verabreichung von Blutzellpräparaten (Blutkonserven, Granulozyten- und Thrombozytenkonzentrate, Stammzellpräparate und andere Zellpräparate)		
3.11 Mitarbeit bei autologer Stammzelltransplantation (Durchführung und Nachsorge)		
3.12 Mitarbeit bei allogener Stammzelltransplantation (Durchführung und Nachsorge)		
3.13 Mitarbeit bei Plasmapherese, Immunapherese, Zellseparation (20)		
3.14 Behandlung von hämatologischen, onkologischen und hämostasiologischen Notfällen (20)		
3.15 Behandlung von Infektionen bei Patienten mit und ohne Neutropenie		
3.16 Psychosoziale Betreuung von Patienten mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen		

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