

An die
Ärzttekammer

R A S T E R Z E U G N I S

FÜR DIE AUSBILDUNG
IN EINEM ADDITIVFACH

“PÄDIATRISCHE KARDIOLOGIE”

IM HAUPTFACH “KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE”

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)

“PÄDIATRISCHE KARDIOLOGIE”

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. Embryologie, Teratologie, normale und krankhafte Anatomie des kardiovaskulären Systems		
2. Normale und pathologische Physiologie des kardiovaskulären Systems		
3. Epidemiologie, Humangenetik und Biostatistik		
4. Kardiovaskuläre Pharmakologie		
5. Ätiologie, klinische Diagnose und Differenzialdiagnose von angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems		
6. Grundzüge der Bildgebung bei angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems		
7. Therapie der angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems – Grundzüge, inkl. chirurgische, interventionelle Methoden		

B) Erfahrungen und Fertigkeiten:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Elektrokardiographie		
2. Echokardiographie		
3. Transösophageale Echokardiographie		
4. Ergometrie		
5. Herzkatheter und Angiographie		
6. Hämodynamische und angiographische Untersuchung		
7. Interventionelle Herzkathetereingriffe in geringer Zahl		
8. Diagnose und Behandlung von Herzrhythmusstörungen		
9. Nicht invasive Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen		
10. Intensivtherapie		
11. Langzeitverlauf und Prognose angeborener Herzfehler		
12. Psychosoziale Aspekte in der Betreuung		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

C) Kenntnisse und Erfahrungen:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Fetale Echokardiographie		
2. Invasive Elektrophysiologie		
3. Interventionelle Herzkathetereingriffe in größerer Zahl		
4. Messtechnische Schrittmacherkontrolle		
5. Molekularbiologie		
6. Angeborene Herzfehler im Erwachsenenalter (GUCH)		
7. Sportmedizin		

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