

An die
Ärztekammer

RASTERZEUGNIS

FÜR DIE AUSBILDUNG
IN EINEM ADDITIVFACH

“SPORTORTHOPÄDIE”

IM HAUPTFACH “ORTHOPÄDIE UND ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE”

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

“SPORTORTHOPÄDIE”

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. Funktionelle Anatomie und Biomechanik im Sport, Konstitutionslehre und Typologie		
2. Adaptionsmechanismen der aktiven und passiven Bewegungsorgane		
3. Grundlagen der medizinischen Trainingslehre, Regeneration, Trainingspläne		
4. Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose- und Differentialdiagnose bei sportorthopädischen Krankheitsbildern		
5. Sportmaterial (Sportstätte, Sportgerät, Kleidung), ruhigstellende und korrigierende Verbände, Orthesen, Prothesen, Heilbehelfe und Hilfsmittel, Sportschuheinlagen		
6. Regelkunde, Doping, Ethik		

B) Erfahrungen und Fertigkeiten:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Klinische Untersuchungstechniken und Diagnosen (Kraftmessung, Muskelfunktionstest, ...)		
2. Klinisch-manuelle und apparative Diagnostik unter Berücksichtigung sportlicher Bewegungsabläufe und Belastungen insbesondere Mechano-, Elektro- und Thermodiagnostik		
3. Therapie und Behandlungsstrategien bei sportorthopädischen Krankheitsbildern (Therapieschema, Manual- und Neuraltherapie, Infiltrationen, Ergotherapie, Kinesiologie, sportorthopädische Versorgung mit ruhigstellenden und korrigierenden Verbänden, Orthesen, Prothesen, Heilbehelfen und Hilfsmitteln, Sportschuheinlagen)		
4. Sportorthopädisches Rehabilitationsprogramm		
5. Beurteilung von allgemeiner und postoperativer Sporttauglichkeit (Tauglichkeitsbestätigung, Atteste, ...)		
6. Spezielle Sportorthopädie (Schulsport, Seniorensport, Behindertensport, Spitzensport)		
7. Sportorthopädische Beratung und Betreuung, Wettkampf-Betreuung		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
8. Trainingstherapie		
9. Erstellung und Durchführen von sport-orthopädischen Rehabilitationskonzepten		
10. Sportorthopädische Prävention und Trainingsbetreuung		
11. Planungs- und Organisationsberatung zur Gestaltung von Sportstätten und Rehabilitations- bzw. Rekreationseinrichtungen		
12. Arthroskopische Operationen (verschiedene Gelenke)		
13. Punktionen und Infiltrationen		
14. Schulteroperationen (z.B. Limbusrefixationen, Dekompressionen, Beseitigung von Instabilitäten)		
15. Weichteileingriffe (z.B. Release, Fascienspaltung, Nervendekompressionen)		
16. Fußoperationen		
17. Sprunggelenksoperationen		
18. Ossäre und ligamentäre Stellungskorrekturen		
19. Arthrotomien		

C) Erfahrungen und Fertigkeiten (Operationskatalog):	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Durchführung von sporthorthopädischen Untersuchung (200)		
2. Gelenkpunktionen und Infiltrationen (200, davon 100 ins Gelenk, 100 topisch)		
3. Arthroskopische Operationen (verschiedene Gelenke) (100)		
4. Schulteroperationen (z.B. Limbusrefixationen, Dekompressionen, Beseitigung von Instabilitäten) (10)		
5. Weichteileingriffe (z.B. Release, Fascienspaltung, Nervendekompressionen) (10)		
6. Fußoperationen (10)		
7. Sprunggelenksoperationen (10)		
8. Ossäre und ligamentäre Stellungskorrekturen (10)		
9. Arthrotomien (10)		
10. Sonographien (100)		
11. Atteste (5)		
12. Erstellung von sportorthopädischen Trainingsplänen (5)		
13. Erstellen von REHAB-Plänen (5)		

Alle Zahlenangaben sind Richtfallzahlen

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

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