

An die
Ärzttekammer

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

FÜR DIE AUSBILDUNG
IN EINEM ADDITIVFACH

“ZYTODIAGNOSTIK”

IM HAUPTFACH “PATHOLOGIE”

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)

“ZYTODIAGNOSTIK“

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. Allgemein		
1.1 Mikroskopische Technik, Apparatkunde (z.B. Auswertungsgeräte)		
2. Gynäkologisches Material		
2.1 Epidemiologie und Ätiologie der Tumoren		
2.2 Screeningverfahren		
2.3 Abnahmetechniken		
2.4 Dünnschichtzytologie		
2.5 Operative Abklärungstechniken auffälliger zytologischer Befunde		
2.6 Verschiedene Nomenklaturen und Terminologien		
3. Nichtgynäkologisches Material		
3.1 Anatomie und Histologie aller Organsysteme		
3.2 Abnahmetechniken (inclusive bildgebender Verfahren) von Exfoliativ-, Aspirations- Punktions-, Lavage-, Bürsten-Material etc.		
3.3 Verschiedene Nomenklaturen und Terminologien		
3.4 Molekulare Diagnostik (FISH-Technik, In-situ-Hybridisierung)		

B) Erfahrungen und Fertigkeiten:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Allgemein		
1.1 Qualitätssicherung im Zytologischen Labor (Intern und extern)		
1.2 Dokumentation (incl. Fotodokumentation)		
1.3 Statistik		
1.4 Präparationstechniken (Exfoliativ-, Abstrich-, Aspirations- und Punktat-, Imprint-, Feinnadel-, Bürsten-Technik)		
1.5 Flüssigkeits (Thin-Layer) Zytologie		
1.6 Färbemethoden		
1.7 Immunzytochemie		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
2. Gynäkologisches Material		
2.1 Fixier- und Färbetechniken		
2.2 Konventionelle Zytologie (Ausstrich)		
2.3 Anatomie und Histologie der weiblichen Geschlechtsorgane		
2.4 Zytologie der benignen und malignen Veränderungen		
3. Nichtgynäkologisches Material		
3.1 Präparationstechniken (Ausstrich-, Zentrifugations-, Zellblock-, Sputum u.a.) Spezielle Fixier- und Färbetechniken		
3.2 Immunzytochemie		
3.3 Zytologie der benignen und malignen Veränderungen aller Organsysteme, insbesondere der Mamma, Lunge, Schilddrüse, Urogenitaltrakt, Lymphknoten, ZNS, GI-Trakt, Leber, Weichgewebe, der Ergüsse		

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