

An die
Ärzttekammer

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

FÜR DIE AUSBILDUNG
IN EINEM ADDITIVFACH

“GEFÄßCHIRURGIE”

IM HAUPTFACH “THORAXCHIRURGIE”

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)

“GEFÄßCHIRURGIE”

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. Physiologie und Pathologie des Herz-Kreislaufsystems, der Arterien, Venen und Lymphgefäße		
2. Epidemiologie, der Risikofaktoren und der Präventionsmöglichkeiten der häufigsten Gefäßkrankheiten, Kenntnisse von Definitionen in der Gefäßmedizin		
3. Anwendung und Interpretation nichtinvasiver Untersuchungen (Oszillographie, Dopplerdruckmessung, Laufbandergometrie, Plethysmographie, transkutane Sauerstoffmessung)		
4. Anwendung und Interpretation der farbcodierten Ultrasonographie bei Erkrankungen von Arterien und Venen		
5. Beurteilung bildgebender Verfahren (z.B. Substraktionsangiographie, konventionelle Angiographie, Magnetresonanztomographie, Computertomographie, Phlebographie, Lymphographie, nuklearmedizinischen Methoden)		
6. Indikationsstellung der konservativen, der katheter-technischen und der chirurgischen Therapie bei den häufigsten vaskulären Erkrankungen		
7. Intraoperative Kontrolluntersuchungen (z.B. Angiographie, Angioskopie, Flussmessung, neurologisches Monitoring)		
8. Früherfassung und Behandlung postoperativer Komplikationen nach gefäßchirurgischen Eingriffen.		
9. Konservative Behandlung arterieller und venöser Erkrankungen einschließlich der Lymphologie.		
10. Physiologie und Pathologie der Blutgerinnung sowie der medikamentösen Beeinflussung der Blutgerinnung		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

B) Erfahrungen und Fertigkeiten: OP-Katalog	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Rekonstruktion an supraaortischen Ästen (15/15/10)*		
2. Rekonstruktion an der Aorta und Aortoiliacal (15/15/15)*		
3. Rekonstruktion femoro-popliteo-crural (davon 50% infragenual) (30/25/20)*		
4. Embolektomien (10/10/10)*		
5. Endovaskuläre Kathetereingriffe (Rekanalisationen/Lyse) perkutan oder intraoperativ (15/15/0)*		
6. Venöse Rekonstruktionen (inklusive venöse Thrombektomien) (5/5/0)*		
7. Radikale Varizenoperationen (10/10/20)*		
8. Access Surgery (inkl. Dialyse-Shunts) (10/10/10)*		
9. Amputationen (10/10/10)*		
10. Andere Eingriffe (z.B. septische Chirurgie) (10/10/10)* Gesamt: (130/120/110)*		

Richtwert durchgeführter Operationen, Eingriffe und/oder diagnostischen/therapeutischen Techniken
n/n/n = Eingriffe als Assistenzen/unter Anleitung für Gefäßchirurgie/ohne erfahrene Assistenz

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