

An die
Ärzttekammer

RASTERZEUGNIS

FÜR DIE AUSBILDUNG
IN EINEM ADDITIVFACH

“NEUROPÄDIATRIE”

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)

“NEUROPÄDIATRIE”

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. Erhebung der sozialen, biografischen und somatischen Anamnese		
2. Neurologische Untersuchung unter Berücksichtigung der jeweiligen Untersuchungstechniken in den verschiedenen Altersstufen, sowie Erhebung des psychopathologischen Befundes		
3. Führung des ärztlichen Gespräches mit Betonung der Aufklärung über die Diagnose und Prognose der neurologischen Erkrankung; im weiteren Beratung und Betreuung des Patienten und seiner Familie.		
4. Epilepsie		
5. Mentale Retardierung		
6. Infantile Cerebralparese und Mehrfachbehinderung		
7. Angeborene Fehlbildungen des ZNS		
8. Dysmorphiesyndrome		
9. Neuromuskuläre Erkrankungen		
10. Neurometabolische Erkrankungen		
11. Entzündliche Erkrankungen des Nervensystems		
12. Traumatische, toxische und hypoxische Schädigungen des zentralen Nervensystems und deren Folgen		
13. Tumoren des ZNS		
14. Erkrankungen der Hirngefäße (inkl. echte Migräne)		
15. Phakomatosen (z.B. M. Recklinghausen, Tuberöse Hirnsklerose)		
16. Psychosomatische Krankheitsbilder		
17. Indikationsstellung und Bewertung neurophysiologischer Befunde		
18. Indikationsstellung und Bewertung der bildgebenden Verfahren		
19. Indikationsstellung und Bewertung der intracraniellen und spinalen Ultraschalldiagnostik		
20. Erarbeitung und Bewertung von Rehabilitationsplänen Indikationsstellung und Bewertung von psychologischen Testuntersuchungen		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
21. Interdisziplinäres Arbeiten im multiprofessionellen Team		
22. Teilnahme an interdisziplinären Diskussionen zur Indikationsstellung operativer Interventionen		
23. Kenntnisse in Führung und Organisation eines ambulanten, sowie stationären neuropädiatrischen Bereiches		
24. Kenntnisse in den gesetzlichen Hilfen für akut und chronisch neurologisch kranke und behinderte Kinder		

B) Kenntnisse und Fertigkeiten:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Akute Neuropädiatrie		
2. Rehabilitation / Betreuung behinderter Kinder u. Jugendlicher		
3. Neurologie des Erwachsenen		
4. Kinder- und Jugendpsychiatrie		
5. Multidisziplinäres Management		
6. Medizinische Ethik		
7. Neuro-Genetik		
8. Neuro - Onkologie		
9. Neonatale Neurologie		

C) Erfahrungen und Fertigkeiten:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Pädiatrisches Neuroimaging		
2. Pädiatrische Neurophysiologie		
3. Pädiatrische Neuropathologie		
4. Neurogenetik		
5. Pädiatrische neurometabolische Erkrankungen		
6. Pädiatrische Neurointensivpflege		
7. Neonatale Neurologie		
8. Kinder- und Jugendpsychiatrie		
9. Pädiatrische Epileptologie		

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