

An die  
Ärztekammer

## RASTERZEUGNIS

FÜR DIE AUSBILDUNG ZUR FACHÄRZTIN/ZUM FACHARZT  
IM HAUPTFACH

### “ORTHOPÄDIE UND ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE”

Herr/Frau \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_  
hat sich gemäß den Bestimmungen des Ärztegesetz 1998, i.d.g.F.,  
von/bis \_\_\_\_\_

(Zutreffendes bitte ankreuzen:)

- an der Krankenanstalt/Abteilung für<sup>1</sup>  
\_\_\_\_\_
- in der anerkannten Lehrpraxis von  
\_\_\_\_\_
- in dem anerkannten Lehrambulatorium  
\_\_\_\_\_
- in der anerkannten Lehrgruppenpraxis  
\_\_\_\_\_

einer praktischen Ausbildung als Turnusärztin/Turnusarzt unterzogen.

\_\_\_\_\_  
Ausbildungsassistent(in)  
(Name und Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
Ausbildungsverantwortliche(r)<sup>2</sup>  
(Name und Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ärztliche(r) Leiter(in) der Krankenanstalt/  
des Lehrambulatoriums  
(Name und Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
Stampiglie

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Bezeichnung der Fachabteilung, Organisationseinheit (Department für ...), Universitätsklinik, Universitätsinstitut, usw.

<sup>2</sup> Leiter(in) der Abteilung/des Instituts der Krankenanstalt, Klinik- bzw. Klinikvorstände, Lehrpraxisinhaber(in)

“ORTHOPÄDIE UND ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE“

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 Anatomie, Physiologie, Biomechanik, der Stütz- und Bewegungsorgane, Genetik, Immunologie, Hygiene		
1.2 Biomaterialienkunde		
1.3 Für die Ausübung des ärztlichen Berufes einschlägige Rechtsvorschriften, insbesondere betreffend das Sozial-, Fürsorge- und Gesundheitswesen einschließlich entsprechender Institutionenkunde <ul style="list-style-type: none"> <li>• System des österreichischen Gesundheitswesens und des Sozialversicherungssystems</li> <li>• Rechtliche Grundlagen der Dokumentation und der Arzthaftung</li> <li>• Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen</li> </ul>		
1.4 Grundlagen der multidisziplinären Koordination und Kooperation insbesondere Orientierung über soziale Einrichtungen, Institutionen und Möglichkeiten der Rehabilitation		
1.5 Fachspezifische Psychosomatik		
1.6 Physikalische Therapie, Ergotherapie und manuelle Medizin		
2. Speziell		
2.1 Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Differentialdiagnose von angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Funktionsstörungen der Stütz- und Bewegungsorgane		
2.2 Bildgebende Verfahren: Radiodiagnostik, CT, MRT, Nuklearmedizin, Osteodensitometrie, Ganganalyse, Dynamometrie		
2.3 Radiotherapie		
2.4 Fachspezifische Labormedizin		
2.5 Kenntnisse in Gesundheitsberatung, Prävention, fachspezifische Vorsorgemedizin und gesundheitliche Aufklärung		
2.6 Fachspezifische Betreuung behinderter Menschen		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

B) Fertigkeiten und Erfahrungen:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Allgemein		
1.1 Untersuchungstechniken der Stütz- und Bewegungsorgane		
1.2 Diagnose und Therapie der angeborener Veränderungen an den Stütz- und Bewegungsorganen		
1.3 Diagnose, konservative und operative Therapie der erworbenen Veränderungen an den Stütz- und Bewegungsorganen durch Einfluss systemischer Erkrankungen und Degeneration.		
1.4 Sonographie der Stütz- und Bewegungsorgane, Radiometrie und fachspezifische, durchleuchtungsgeführte Eingriffe. Fachspezifische Bewertung der von Radiologen und Nuklearmedizinern erstellten Befunde bildgebender Verfahren der Stütz- und Bewegungsorgane		
1.5 Ausgewählte fachspezifische physikalisch-medizinische Maßnahmen, Ergotherapie und Manualmedizin		
1.6 Versorgung mit ruhigstellenden oder korrigierenden Verbänden, Orthesen, Prothesen, Heilbehelfen und Hilfsmitteln		
1.7 Regionalanästhesie, Lokalanästhesie, Infusionstherapie		
1.8 Minimalinvasive Operationen (Punktion, Infiltration, Biopsie, Arthroskopie), Umstellungsosteotomie, Knorpel- und Knochenregenerationsverfahren, wiederherstellende und/oder funktionsverbessernde Operationen an den Stütz- und Bewegungsorganen		
1.9 Endoprothetik inklusive Revisionseingriffe		
1.10 Osteosyntheseverfahren, Entfernung von Fremdkörpern und Osteosynthesematerial		
1.11 Resektionen, Amputationen		
1.12 Diagnose und Therapie posttraumatischer Veränderungen		
1.13 Infektionen		
1.14 Diagnose und Versorgung von Zuständen und Komplikationen nach ärztlichen Eingriffen an den Stütz- und Bewegungsorganen (allgemein und lokal). Komplikationsmanagement		
1.15 Information und Kommunikation mit Patienten über Vorbereitung, Indikation, Durchführung und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen (Patientengespräch bzw. Gespräche mit Angehörigen)		
1.16 Planung und Durchführung orthopädisch-chirurgischer Tumortherapie, bei multimodalen onkologischen Therapiekonzepten in interdisziplinärer Zusammenarbeit		
1.17 Nachsorgemedizin		
1.18 Fachspezifische Qualitätssicherung und Dokumentation		

---

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1.19 Fachspezifische Schmerztherapie		
1.20 Fachspezifische Palliativmedizin		
1.21 Schriftliche Zusammenfassung, Dokumentation und Bewertung von Krankheitsverläufen, sowie der sich daraus ergebenden Prognosen (Fähigkeit zur Erstellung von Attesten, Zeugnissen, etc.)		
2. Fachspezifisch		
2.1 Wirbelsäule konservativ		
2.2 Wirbelsäule operativ		
2.3 Schulter konservativ		
2.4 Schulter operativ		
2.5 Ellbogen konservativ		
2.6 Ellbogen operativ		
2.7 Hände konservativ		
2.8 Hände operativ		
2.9 übrige obere Extremitäten		
2.10 Hüften konservativ		
2.11 Hüften operativ		
2.12 Knie konservativ		
2.13 Knie operativ		
2.14 Füße konservativ		
2.15 Füße operativ		
2.16 übrige untere Extremitäten		
2.17 Rheumaorthopädie		
2.18 Tumororthopädie		
2.19 Sportorthopädie		
2.20 Kinderorthopädie		
2.21 Neuroorthopädie		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

C) Erfahrungen und Fertigkeiten (Operationskatalog):	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Athroskopische Eingriffe (50)*		
2. Endoprothetische Eingriffe (60)*		
3. Operative Eingriffe am Fuß (40)*		
4. Operative Eingriffe an der Hand (30)*		
5. Sonstige Eingriffe oder zusätzliche Eingriffe zu Pkt. C 1 – 4 (120)*		
6. Sonographien (200)* Untersuchungen und Erarbeitung eines Therapieplanes für akute und chronische Schmerzpatienten (200)* Erstellen von fachspezifischen Rehabilitationsplänen (10)*		

\*Richtwert: 300 operative Eingriffe, davon zumindest 150 als Erstoperateur, die restlichen als Erstoperateur eines Teiles oder als 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)<sup>2</sup>

(Name und Unterschrift)

---

---

Ärztliche(r) Leiter(in) der Krankenanstalt/  
des Lehrambulatoriums

(Name und Unterschrift)

---

Stampiglie

---

, am

<sup>1</sup> Bezeichnung der Fachabteilung, Organisationseinheit (Department für ...), Universitätsklinik, Universitätsinstitut, usw.

<sup>2</sup> 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