An die
Österreichische Ärztekammer
Weihburggasse 10–12
A – 1010 Wien

**im Wege der Landesärztekammer**

**Evaluierungsbogen**

**für die Anrechnung ausländischer Ausbildungszeiten gem. § 14 ÄrzteG**

*Dieser Evaluierungsbogen dient als Nachweis für Aus-/Weiterbildungen in Ländern,*

*in denen keine normierten landesspezifischen Zeugnisse Anwendung finden.*

|  |
| --- |
| **Ärztin/Arzt in Ausbildung:** |
| Name: |       | Vorname: |       |
| Geburtsdatum:  |       |

|  |
| --- |
| **Ausbildungszeitraum:** |
| von: |       | bis: |       |

|  |
| --- |
| **Ausbildungsstätte:** |
| [ ]  | Krankenhaus: |       |
| Abteilung: |       |
| Name und Fachgebiet der/des Ausbildungsverantwortlichen: |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | Lehrpraxis: |       |
| Praxisinhaber: |       |

|  |
| --- |
| **Ausbildungsberechtigung**\* im Fach: |
|       |
| im Ausmaß von |       | Monaten | seit: |       |
|  | *\* Eine Bestätigung der zuständigen Behörde ist beizulegen.* |

1. **Ausbildung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| von: |       | bis: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| im Fach: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | als Turnusärztin/Turnusarzt (in Basisausbildung) |
| [ ]  | als Assistenzärztin/Assistenzarzt (in Facharztausbildung) |
| [ ]  | andere Tätigkeit: |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beschäftigungsausmaß: |       | % |
|  |       | Stunden pro Woche |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | klinisch |       | % | davon |       | % Ambulatorium/Poliklinik |
| [ ]  | nicht-klinisch |       | % |

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl der Nacht-/Wochenend-/Feiertagsdienste pro Monat : (durchschnittlich) |       |

|  |
| --- |
| Fehlzeiten: (gesamt) |
| Urlaub: |       | Tage |
| Krankenstand: |       | Tage |
| Mutterschutz: | von:  |       | bis: |       |  |
| Karenz/Elternzeit: | von: |       | bis: |       |  |
| Sonstige: |       |       | Tage |

|  |
| --- |
| Die Ausbildungsstelle wurde refundiert durch: |
| [ ]  | die Krankenanstalt |
| [ ]  | eine staatliche Institution im Rahmen eines Stipendiums: (bitte anführen) |
|  |       |
| [ ]  | Sonstiges: (bitte anführen) |
|  |       |

1. **Krankenhaus/Lehrpraxis**

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung: |       |
| Adresse: |       |
|  |       |
| Telefon/Fax: |       |
| E-Mail: |       |
| Website: |       |

|  |
| --- |
| Institution, der das Krankenhaus untersteht: |
|       |

|  |
| --- |
| Name und Fachgebiet der ärztlichen Leitung: |
|       |
|       |

|  |
| --- |
| Welche Abteilungen gibt es? |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| Gesamtzahl der Betten: |       |

1. **Abteilung**

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung: |       |

|  |
| --- |
| Name und Fachgebiet der Abteilungsleitung: |
|       |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl der Betten an der Abteilung: |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ambulanz: | [ ]  | ja | Patientenfrequenz pro Tag: |       |
|  | [ ]  | nein |  |  |

|  |
| --- |
| Personelle Ausstattung: (Gesamtzahl) |
| berufsberechtigte Allgemeinärztinnen/-ärzte: |       |
| berufsberechtigte Fachärztinnen/-ärzte: |       |
| in Ausbildung stehende Ärztinnen/Ärzte: |       |

|  |
| --- |
| Technische Ausstattung: |
| Apparative Einrichtungen: |
|       |
| Fachspezifisches Leistungsspektrum: (diagnostische und therapeutische Möglichkeiten) |
|       |

1. **Tätigkeitsbeschreibung**

|  |
| --- |
| Detaillierte Beschreibung der erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten und ärztlichen Tätigkeiten (allenfalls ergänzt durch einen OP-/Leistungskatalog): |
|       |

|  |
| --- |
| Zusätzlich erworbene Qualifikationen, begleitende Kurse, fachspezifische Projekte oder wissenschaftliche Arbeiten : |
|       |

|  |
| --- |
| Anmerkungen der/des Ausbildungsverantwortlichen : |
|       |

|  |
| --- |
| Für die Richtigkeit der Angaben zeichnen verantwortlich: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assistenz-/Turnusarzt/-ärztinName und Unterschrift |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ausbildungsverantwortliche/rName und Unterschrift |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Abteilungsleiter/in / Lehrpraxisinhaber/inName und Unterschrift |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |       |  |       |
| Stampiglie | Datum (tt.mm.jjjj) |  | Ort |