



ÖSTERREICHISCHE
ÄRZTEKAMMER

Rasterzeugnis

**für die Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin**

**Sonderfach-Grundausbildung
Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation**

Nachname	Akad. Grad lt. Ärzteliste
Vorname	
Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)	ÖÄK-Arztnummer
hat sich gemäß den Bestimmungen des ÄrzteG, der ÄAO 2015 sowie der KEF und RZ-V 2015	
von (tt.dd.jjjj)	bis (tt.dd.jjjj)
<input type="checkbox"/> an der Krankenanstalt/Abteilung für ¹⁾	
<input type="checkbox"/> in der anerkannten Lehrpraxis von	
<input type="checkbox"/> in der anerkannten Lehrgruppenpraxis	
<input type="checkbox"/> in dem anerkannten Lehrambulatorium	
Bezeichnung der Ausbildungseinrichtung ¹⁾ :	
einer praktischen Ausbildung als Turnusärztin/Turnusarzt unterzogen.	

¹⁾ Bezeichnung Organisationseinheit (z.B. Abteilung, Klinik, Department, Institut), Lehr(gruppen)praxis, Lehrambulatorium

Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation

1. Ausbildungsinhalte

Das Deckblatt sowie die Punkte 1. bis 12. des Rasterzeugnisses – mit Ausnahme der als Allfällig gekennzeichneten Punkte 4. und 5. – sind verpflichtend auszufüllen.

Folgende Ausbildungsinhalte sind von der/dem Ausbildungsverantwortlichen (Ausbildungsassistenten/-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/Erfahrungen	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Grundlagen, Begriffsdefinition, Prinzipien und Methodologie der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin		
2. Grundlagen der Epidemiologie, Genese, Pathologie und Klinik der für das Fach relevanten Krankheitsbilder und deren Prävention, Therapie, Rehabilitation, Nachsorge und Palliativmedizin		
3. Grundlagen der Remobilisation und Rehabilitation: Physiologie, Pathophysiologie und Adaptionsmechanismen kurz- und langdauernder körperlicher Belastungen sowie Immobilisation		
4. Grundlagen und Indikationsstellung physikalischer Therapieverfahren:		
• Mechanotherapie insbesondere Bewegungstherapie		
• Massagetechniken		
• Vibrationstechniken		
• Elektrotherapie		
• Thermotherapie		
• Schallwellentherapie		
• Hydro- und Balneotherapie		
• medizinische Trainingstherapie		
• Maßnahmen der Ergotherapie und Ergonomie zur funktionellen Rehabilitation und Wiedereingliederung in die Gemeinschaft sowie Arbeitsrehabilitation		

A) Kenntnisse/Erfahrungen	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
5. Grundlagen bildgebender sowie anderer apparativer Verfahren und notwendiger Labor-diagnostik und deren Interpretation		
6. Mögliche Wechselwirkungen der Pharmako-therapie mit Therapie- und Rehabilitationsmaß-nahmen		
7. Funktionelle Diagnostik (ICF) von remobilisati-ons- oder rehabilitationsbedürftigen Syndromen sowie Schmerzsyndromen		
8. Grundlagen der Indikationsstellung von Kom-munikationsmitteln, Geh- und Mobilitätshilfen, Hilfen für Aktivitäten des täglichen Lebens, Hilfen zur Inkontinenzversorgung, Orthesen und Prothesen		
9. Grundlagen für Indikationsstellung von Metho-den der sozialen Unterstützung zur Reintegra-tion von Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft		

B) Fertigkeiten	Richt-zahl	mit Erfolg	
		Datum	Unterschrift
1. Klinische Untersuchung von remobili-sations- und rehabilitationsbedürftigen Patientinnen und Patienten			
2. Klinische Untersuchung zur Beurtei-lung motorischer und sensorischer Funktionen, klinischer Status des Nervensystems			
3. Erhebung des klinischen Muskelstatus			
4. Erhebung des klinischen Gelenkssta-tus			
5. Grundlagen der Indikationsstellung einfacher physikalischer Therapiever-fahren			

Name der Turnusärztin/des Turnusarztes

Geburtsdatum

Entrustable Professional Activities (EPAs)	erreichtes Level ¹⁾			
	1	2	3	4
Kompetenzbereich: Erlernen von Indikation, Interpretation bzw. Anwendung folgender diagnostischer und therapeutischer Verfahren				
• Grundlagen einfacher klinischer Untersuchungen von remobilisations- und rehabilitationsbedürftigen Patientinnen und Patienten [4]				
Datum und Unterschrift				
• Grundlagen einfacher klinischer Untersuchungen zur Beurteilung motorischer und sensorischer Funktionen inkl. des klinischen Status des Nervensystems, des klinischen Muskelstatus und des klinischen Gelenksstatus [4]				
Datum und Unterschrift				
• Grundlagen der Indikationsstellung einfacher physikalischer Therapieverfahren [3]				
Datum und Unterschrift				

¹⁾ Für die Evaluation der EPAs gelten folgende Bewertungsstufen:

Level 1: Kenntnisse zu den betreffenden Ausbildungsinhalten wurden erworben. Turnusärztin/Turnusarzt darf nur beobachten.

Level 2: Erste Erfahrungen zu den Ausbildungsinhalten wurden gesammelt. Turnusärztin/Turnusarzt kann unter direkter Anleitung und Aufsicht arbeiten.

Level 3: Turnusärztin/Turnusarzt kann vorübergehend unter indirekter Anleitung und Aufsicht arbeiten.

Level 4: Turnusärztin/Turnusarzt kann unter entfernter Anleitung und Aufsicht arbeiten.

2. Begründung

für negativ beurteilte Inhalte und allenfalls Hinweis, wann mit einer neuerlichen Beurteilung gerechnet werden kann:

3. Begleitende theoretische Unterweisung

Folgende, begleitende theoretische Unterweisungen sind zur Erreichung des Ausbildungszieles absolviert worden:

4. Allfällige fachspezifische Projekte oder wissenschaftliche Arbeiten

5. Allfällige Zusatzqualifikationen

8. Ausbildungsausmaß

Vollzeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn nein, Teilzeitausmaß (in Wochenstunden) inklusive Zeiträume:
--	---

9. Absolvierung von Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten

(Sofern fachlich erforderlich und dienst- bzw. arbeitsrechtlich zulässig)

Nachtdienste:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wochenend/Feiertage:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

10. Supervision

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Ausmaß in Stunden:
-----------------------------	-------------------------------	--------------------

11. Absolvierung von gesonderten Ausbildungseinheiten zum vertieften Kompetenzerwerb

Balint-Gruppen <small>(insgesamt zumindest 30 Stunden, wobei bis zu 20 Stunden während der SFG absolviert werden können, Teilnahmebestätigungen sind beizulegen)</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ausmaß in Stunden:
Tätigkeit in Krankenanstalten oder Teilnahme an qualitätsgesicherten Kursen in folgenden Bereichen: <small>(insgesamt 80 Stunden, wobei bis zu 40 Stunden während der SFG absolviert werden können, Teilnahmebestätigungen sind beizulegen)</small>		Ausmaß in Stunden:
Suchttherapie	Krankenanstalt Kurs	
Geriatric	Krankenanstalt Kurs	
Palliativmedizin	Krankenanstalt Kurs	
Psychosomatik	Krankenanstalt Kurs	
Schmerztherapie	Krankenanstalt Kurs	
Notfallmedizin	Krankenanstalt Kurs	
Prävention	Krankenanstalt Kurs	
Gesundheitsförderung und -kompetenz, Public Health	Krankenanstalt Kurs	
Arbeits- und Umweltmedizin	Krankenanstalt Kurs	
Gendermedizin	Krankenanstalt Kurs	
Sonografie	Krankenanstalt Kurs	

12. Teilnahme an Mentoringprogrammen

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Ausmaß in Stunden:
-----------------------------	-------------------------------	--------------------

13. Allfällige Anmerkungen der/des Ausbildungsverantwortlichen

Name der Turnusärztin/des Turnusarztes

Geburtsdatum

Für den Nachweis der mit Erfolg zurückgelegten Ausbildung (Punkte 1 - 13) zeichnet verantwortlich:

Ausbildungsverantwortliche(r) ¹⁾
(Vor- und Nachname in Blockbuchstaben und Unterschrift)

Stampiglie

Datum (tt.mm.jjjj) Ort

¹⁾ Leiter(in) der als Ausbildungseinrichtung anerkannten Abteilung/Klinik/Krankenanstalt, des Lehrambulatoriums, Lehr(gruppen)praxisinhaber(in)

14. Allfällige Anmerkungen der/des in Ausbildung befindlichen Ärztin/Arztes