

An die
Ärztekammer

RASTERZEUGNIS

FÜR DIE AUSBILDUNG
ZUR ÄRZTIN/ZUM ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
ODER FÜR EIN PFLICHT- ODER WAHLNEBENFACH
IN DER AUSBILDUNG ZUR FACHÄRZTIN/ZUM FACHARZT

“ALLGEMEINMEDIZIN/AMBULANZEN, LEHRAMBULATORIUM”

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 für¹
.....

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)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)

“ALLGEMEINMEDIZIN/AMBULANZEN, LEHRAMBULATORIUM”

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, Erfahrungen und Fertigkeiten, sofern nicht nur Kenntnisse, Erfahrungen und/oder Fertigkeiten vorgesehen sind:	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
<p>1. Allgemeinärztliche Diagnostik und Therapie,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorfelddiagnostik, • Anamnese, • Diagnostik samt Einbeziehung des psychosozialen Umfeldes, • Siebfunktion und Verteilerfunktion durch Kontaktaufnahme mit dem Patienten, Erkennung von gefährlichen Krankheitsverläufen, Grenzen der Kompetenz, gezielte Überweisung, Organisation der Zusammenarbeit mit anderen Ärzten, Abwägen der medizinischen oder sozialen Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung, medizinische Hauskrankenpflege, Kenntnis der einschlägigen Gesetze und Verordnungen, • Verordnungsgrundsätze, • Therapiegrundsätze, insbesondere symptomorientierte Soforttherapie, Patienteninformation, ärztliches Gespräch, • Notfallversorgung, insbesondere Schockbekämpfung, • chirurgische Maßnahmen, • Langzeitbehandlung, • Multimorbidität, • Integrationsmaßnahmen hinsichtlich rechtlicher und sozialer Maßnahmen, Organisation der häuslichen Pflegegruppe bei Schwerkranken und Bettlägerigen unter Berücksichtigung der Familiendynamik; • Koordinationsfunktion hinsichtlich der Steuerung der gesamten Diagnostik und Therapie, Abstimmung der einzelnen Maßnahmen aufeinander zwischen Patienten und anderen beteiligten Ärzten 		
<p>2. Aufgaben im sozialen Bereich, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erkennung und Behandlung von arbeits- und umweltbedingten Erkrankungen, • Beurteilung des Gesundheits- oder Krankheitszustandes, 		

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
versicherungsrechtliche Fragen, Meldung eines begründeten Verdachts einer Berufskrankheit, <ul style="list-style-type: none">• Familienplanung, Impfungen, Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen,• Gesundheitsberatung und gesundheitliche Aufklärung,• primäre Prävention,• sekundäre Prävention,• Rehabilitation;		
3. Multidisziplinäre Koordination und Kooperation, insbesondere Orientierung über soziale Einrichtungen, Institutionen und Möglichkeiten der Rehabilitation, Zusammenarbeit mit Fachärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe;		
4. Schmerztherapie		
5. Kenntnisse in Geriatrie		
6. Kenntnisse in allgemeinmedizinischer Betreuung behinderter Menschen		
7. Kenntnisse in palliativmedizinischer Versorgung		
8. Kenntnisse der für die Ausübung des ärztlichen Berufes einschlägigen Rechtsvorschriften, insbesondere betreffend das Sozial-, Fürsorge- und Gesundheitswesen einschließlich entsprechender Institutionenkunde <ul style="list-style-type: none">• System des österreichischen Gesundheitswesens und des Sozialversicherungssystems• Rechtliche Grundlagen der Dokumentation und der Arzthaftung• Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen		
9. Fachspezifische Betreuung behinderter Menschen		

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