

An die Ärztekammer



Rasterzeugnis

für die Sonderfach-Schwerpunktausbildung
zur Fachärztin/zum Facharzt für
Anästhesiologie und Intensivmedizin

Modul 4: Präoperative Patientenevaluierung

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Nachname		Akad. Grad /Titel	
Vorname			
Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
hat sich gemäß den Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998, idgF			
von (tt.mm.jjjj)		bis (tt.mm.jjjj)	
<input type="checkbox"/> an der Krankenanstalt/Abteilung für ¹⁾			
<input type="checkbox"/> in der anerkannten Lehrpraxis von			
<input type="checkbox"/> in dem anerkannten Lehrambulatorium			
<input type="checkbox"/> in der anerkannten Lehrgruppenpraxis			
einer praktischen Ausbildung als Turnusärztin/Turnusarzt unterzogen.			

¹⁾ Bezeichnung der Fachabteilung, Organisationseinheit (Department für ...), Universitätsklinik, Universitätsinstitut, usw.

Anästhesiologie und Intensivmedizin

Modul 4: Präoperative Patientenevaluierung

1. Ausbildungsinhalte

Folgender Inhalt und Umfang der Ausbildung sind von der/dem Ausbildungsverantwortlichen (Ausbildungsassistent/-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. Präoperative Risikoevaluierung, perioperatives anästhesiologisches Management und perioperative Belastbarkeit		
2. Aussagekraft erweiterter präoperativer Untersuchungen		
3. Schwieriger Atemweg: Erkennen und präoperatives Management		
4. Allergisches Asthma, obstruktive und restriktive Lungenventilationsstörungen		
5. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems		
6. Spezielle perioperative Risiken		
7. Pharmakologie bei Patientinnen und Patienten mit Dauer- und Begleitmedikation, pharmakologische Interaktionen mit Anästhetika		
8. Patientenorientiertes Blutmanagement, erworbene und therapeutische Gerinnungsstörungen		
9. Aufklärung-Eingriffskategorisierung, fachspezifisch relevante Kenntnisse, Zeitpunkt der Aufklärung, Aufklärung über Regionalanästhesieverfahren		
10. Einschätzung der Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit von Patientinnen und Patienten		

B) Erfahrungen	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Risikoevaluierung vor großen operativen Eingriffen bei Patientinnen und Patienten mit reduzierter Belastungsfähigkeit <4 MET		
2. Definition und Durchführung der Unterscheidung elektiver, dringlicher und Notfalleingriffe		

C) Fertigkeiten	Richt- zahl	mit Erfolg	
		Datum	Unterschrift
1. Interdisziplinäre kardiopulmonale Risikoevaluierung			
2. Präoperative Evaluierung und interdisziplinäre Optimierung kardiopulmonaler Begleiterkrankungen, Störungen des blutbildenden und endokrinen Systems	200		
3. Fachspezifische Interpretation des EKG			
4. Erkennen des schwierigen Atemweges und präoperatives Management			
5. Interdisziplinäres Management angeborener und erworbener Gerinnungsstörungen für die perioperative Planung akuter und elektiver Eingriffe			
6. Präoperative, individualisierte Bereitstellung von Blutprodukten			
7. Umgang mit nicht einsichts- und einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten			
8. Aufklärung unter erschwerten Kommunikationsbedingungen			
9. Interpretation:			
• Spirometrie	50		
• arterielle Blutgasanalyse	50		

2. Begründung

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

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. Evaluierungsgespräche am

(zeitnahe zum Ende der jeweiligen Modulausbildungszeit bzw. bei Modulen über 24 Monate nach der Hälfte der Modulausbildungszeit)

Datum (tt.mm.jjjj)	Inhalt des Gespräches

7. Verhinderungszeiten

Erholungsurlaub, Pflegeurlaub:	
von (tt.mm.jjjj)	bis (tt.mm.jjjj)

Erkrankung:	
von (tt.mm.jjjj)	bis (tt.mm.jjjj)

mutterschutzrechtliches Beschäftigungsverbot:	
von (tt.mm.jjjj)	bis (tt.mm.jjjj)

Familienhospizkarenz, Pflegekarenz, Elternkarenz:	
von (tt.mm.jjjj)	bis (tt.mm.jjjj)

8. Beschäftigungsausmaß

Vollzeit
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

9. Unterbrechungszeiten

von (tt.mm.jjjj)	bis (tt.mm.jjjj)
------------------	------------------

10. Absolvierung von Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten (mindestens ein Dienst pro Monat)

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

11. Supervision (Empfehlung 2 Std./Monat)

Ja Nein

12. Allfällige Anmerkungen der/des Ausbildungsverantwortlichen

Für die ordnungsgemäße Durchführung der Ausbildung (Punkte 1 - 11) zeichnen verantwortlich:

Ausbildungsassistent(in)
(Name und Unterschrift)

Ausbildungsverantwortliche(r) ¹⁾
(Name und Unterschrift)

Stampiglie

Datum (tt.mm.jjjj)

Ort

¹⁾ Leiter(in) der Abteilung/des Instituts der Krankenanstalt, Klinik- bzw. Institutsvorstände, Lehrpraxisinhaber(in)

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

Anm.: Dieses Blatt kann auf Wunsch der Turnusärztin/des Turnusarztes der ÖÄK zur Verfügung gestellt werden.