

An die Ärztekammer



Rasterzeugnis

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

Modul 3: Regionalanästhesie

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 3: Regionalanästhesie

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. Neuroanatomische Kenntnisse		
2. Funktionelle Nervenversorgungsregionen der Kutis, Weichteile, Knochen mit Periost und der Organe		
3. Pharmakologie und Toxikologie der Lokalanästhetika und topisch angewandeter Opioide		
4. Technische Möglichkeiten und Limitationen der Regionalanästhesie mit Ultraschall und/oder Nervenstimulation		
5. Regionalanästhesien für thorakale Eingriffe		
6. Regionalanästhesie bei Kindern		
7. Interventionelle Schmerztherapie		
8. Indikationen, Kontraindikationen und Komplikationen regionalanästhesiologischer Verfahren		

B) Erfahrungen	mit Erfolg	
	Datum	Unterschrift
1. Regionalanästhesien in der Orthopädie und Traumatologie		
2. Regionalanästhesien in der Geburtshilfe		
3. Regionalanästhesien in der Gynäkologie, Urologie, Abdominal- und Gefäßchirurgie		
4. Regionalanästhesie bei Kindern		

C) Fertigkeiten	Richt- zahl	mit Erfolg	
		Datum	Unterschrift
Erwerb der gesamten Fertigkeiten 1-5	150		
1. Rückenmarksnahe Regionalanästhesie:			
• Spinalanästhesie	30		
• Peridularanästhesie	30		
2. Kaudalanästhesie bei Kindern			
3. Periphere Leitungsanästhesie der oberen Extremität	20		
4. Periphere Leitungsanästhesie der unteren Extremität	20		
5. Periphere Leitungsanästhesie am Thorax und Abdomen			

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

Ja Nein

9. Unterbrechungszeiten

von (tt.mm.jjjj)

bis (tt.mm.jjjj)

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

Nachtdienste:

Ja Nein

Wochenenden/Feiertage:

Ja Nein

11. Supervision (Empfehlung 2 Std./Monat)

Ja Nein

12. Allfällige Anmerkungen der/des Ausbildungsverantwortlichen

--

Name der/des Auszubildenden, Geburtsdatum

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.